EMIL CĂPRARU HERTA CĂPRARU

MAMA ȘI COPILUL



EDITURA MEDICALĂ • BUCUREȘTI, 1984

Coperta de GICĂ PETRE

Redactor de carte : Dr. M. STOENESCU
Tehnoredactor : VIOLANDA LEORDEANU
Bun de tipar : 15.II. 1984. Format : 16/70×100

Hirtie : Scris I A 70×100/60 g/m².
Coli de tipar : 28,5.



Comanda nr. 30 686
Combinatul poligrafic „Casa Scinteii“
Piața Scinteii nr. 1, București,
Republica Socialistă România

Mulțumim Editurii medicale, colegilor, psihologilor și părinților, care prin încurajările și sugestiile lor ne-au ajutat la apariția acestei cărți

CUPRINS

1.

CREȘTEREA ȘI DEZVOLTAREA

Caracteristica fundamentală a copilăriei este *dezvoltarea* ființei umane de la ou (rezultat din unirea spermatozoidului cu ovulul) la individul matur (de 18—20 de ani) capabil de a trăi independent în societate. Dezvoltarea cuprinde două procese distincte, dar foarte intim legate:

1. **Creșterea**, proces cantitativ, se traduce prin modificarea dimensiunilor corpului. Creșterea corespunde înmulțirii numărului de celule și măririi volumului lor. Este un fenomen continuu, măsurabil, care-și schimbă ritmul destul de ușor. Viteza de creștere variază de la un copil la altul și aceasta explică diferențele observate la adult.

2. **Maturația**, proces calitativ, se traduce prin modificări de structură, de compoziție și de funcționare a celulelor, țesuturilor, organelor sau corpului în ansamblu. Este tot un fenomen continuu, care se desfășoară cu o viteză relativ constantă, însă mult mai greu de apreciat. Viteza maturației variază de la un copil la altul, dar rezultatul său, maturitatea, este sensibil același pentru toți. Cele două mecanisme sînt interdependente: viteza de creștere, de modificare a proporțiilor dintre segmentele corpului, depinde de maturația endocrină, curba greutății depinde de maturația țesuturilor.

3. **Principiile generale ale dezvoltării** — **a) Dezvoltarea este un proces continuu de la concepție la maturitate.** Pentru a atinge anumite „repere" copilul trebuie să treacă prin anumite stadii. Diagnosticul nu se face prin *ceea ce face* un copil, ci *cum îl face*.

De exemplu, nu se va studia dacă un sugar de 7 luni stă în șezut, ci cum se ține pe șezut și cu ce grad de maturitate. Studiile statistice, unele manuale școlare și majoritatea cărților de popularizare semnalează numai că un copil „normal" stă pe șezut sau merge la o anumită vîrstă, dar nu specifică maturitatea individuală, corelația cu ceilalți parametri de dezvoltare.

b) Dezvoltarea depinde de maturația și de mielinizarea sistemului nervos; atîta vreme cît acestea nu s-au încheiat, nici un exercițiu nu va permite copilului să dobîndească o anumită capacitate (motorie sau psihică). Dacă nu se lasă copilul să încerce și să exerseze singur, posibilitatea de a dobîndi o nouă cunoaștere (capacitate) rămîne latentă, dar achiziția acesteia se va face rapid de îndată ce i se ivește ocazia.

c) Secvența dezvoltării este aceeași pentru toți copiii, *dar viteza variază de la un copil la altul.* De exemplu, copilul trebuie să învețe să se așeze înainte

de a putea să meargă, dar vîrsta achiziţiei poziţiei „aşezat" şi a „locomoţiei" variază foarte mult.

d) Unele reflexe arhaice precedă mişcările voluntare. Mersul automat dispare la 2—3 luni, urmează o perioadă cînd sugarul nu se sprijină şi nu păşeşte deloc, pînă spre vîrsta de 7 luni cînd începe să „meargă" (mişcare voluntară). Întîrziaţii mintali păstrează unele reflexe arhaice peste vîrsta obişnuită.

e) Dezvoltarea se face de la cap spre picioare. Primul stadiu al locomoţiei este capacitatea de control al capului cu ajutorul muşchilor gîtului. În continuare, muşchii spatelui se maturează, ajung să-şi coordoneze acţiunile făcînd ca sugarul să poată sta pe şezut, spatele să fie drept şi nu îndoit. Sugarul se foloseşte de mîini înainte de a putea să-şi folosească gambele. El poate să se tîrască trăgîndu-se pe mîini, fără a se putea sprijini pe gambe şi picioare.

f) O activitate globală declanşează răspunsuri specifice. Sugarul mic îşi arată bucuria printr-un răspuns general: „face ochii mari", respiră mai repede, îşi agită braţele şi gambele. Copilul mare sau adultul îşi poate manifesta plăcerea numai prin mimică sau prin cuvinte. Mişcările dezordonate din primele 6 luni sînt înlocuite prin mişcări de locomoţie şi prin abilitatea crescîndă a mîinilor.

Perioadele copilăriei

Copilăria poate fi împărţită în următoarele perioade: perioada intrauterină; perioada de nou-născut (primele 28 de zile de viaţă), perioada de sugar (de la 4 săptămîni la 1 an), perioada de copil mic (de la 1 an la 3 ani), perioada preşcolară (de la 3 la 6 ani), perioada de şcolar sau copilăria mare, care cuprinde perioada propriu-zisă de şcolar (sau de „şcolar mic", ce începe la 6 ani şi se termină la 10—12 ani) şi pubertatea.

4. **Perioada intrauterină** (antenatală sau prenatală) cuprinde cele nouă luni de sarcină. Viaţa începe odată cu unirea ovulului femeii cu spermatozoidul bărbatului. Perioada intrauterină este una din etapele cele mai active şi mai complexe ale dezvoltării, dacă ne gîndim că în 9 luni de la o celulă microscopică se ajunge la fătul de 3 kg. În această perioadă, celulele omului în devenire sînt extrem de vulnerabile, cu toată protecţia conferită de organismul matern. Evaluarea creşterii intrauterine se face în funcţie de durata gestaţiei (calculul numărului de zile dintre ultima menstruaţie şi naştere) şi după semnele de maturare ale diferitelor organe şi ale sistemului nervos. În cursul primelor 3 luni de viaţă intrauterină (subperioada embrionară), toate sistemele se organizează şi se dezvoltă rapid. În această perioadă factorii patologici, proveniţi în majoritatea lor din afară, determină cele mai multe malformaţii congenitale. La sfîrşitul celui de-al doilea trimestru de gestaţie, fătul a atins 70% din talie şi numai 20% din greutatea pe care o va avea la naştere. Rezultă că ultimele 3 luni de sarcină vor constitui o perioadă de creştere rapidă, îndeosebi ponderală.

5. **Perioada de nou-născut** (0—28 zile) constituie etapa de adaptare la viaţa extrauterină. Este perioada cea mai grea în ceea ce priveşte îngrijirile care se cer din partea mamei, medicului şi sorei de ocrotire.

Alimentaţia, îngrijirea pielii şi crearea unor condiţii corespunzătoare ale mediului extern (îmbrăcăminte, cameră corect încălzită şi aerisită, adaptarea vieţii de familie la sosirea noului venit, deprinderea mamei să observe şi să îngrijească nou-născutul) sînt de o importanţă considerabilă. Mama trebuie să înveţe să deosebească limitele normalului privind starea şi manifestările nou-născutului. Acest deziderat se impune din primele zile, deoarece în această perioadă au loc o serie de incidente fiziologice (icter, scădere în greutate, erupţii cutanate etc.), iar îmbolnăvirile au tendinţă la generalizare şi evoluţie rapidă. Pe lîngă acestea, de o importanţă mare este cunoaşterea caracterelor neuromotorii ale nou-născutului. De la o fiinţă care doarme tot timpul, cu o faţă inexpresivă, cu pleoapele strînse, nou-născutul ajunge (după 3—4 săptămîni) să „vadă", să fixeze şi să urmărească cu ochii pe mamă sau un obiect care se balansează la 30—40 cm de faţa lui. Din primele zile se întoarce cînd simte mirosul sînului mamei sale sau, uneori, vocea. Puterea de percepţie este înaintea posibilităţilor motorii. În capitolul de nou-născut arătăm pe larg cum trebuie să fie urmărit nou-născutul de către medic şi sora de ocrotire cu ajutorul mamei, care fiind tot timpul cu el este cea mai în măsură să descopere progresele sau anomaliile de dezvoltare ale copilului. Numai mama are posibilitatea de a „descoperi" cînd şi cum geme, scînceşte, ţipă, strănută, se întinde, suge şi înghite copilul.

În capitolele care urmează încercăm să iniţiem pe mamă cum să îngrijească, dar şi cum să observe dezvoltarea neuro-psihică a nou-născutului şi sugarului.

6. **Perioada de sugar** (28 zile—1 an) se caracterizează prin continuarea creşterii rapide a greutăţii şi lungimii. Lungimea creşte în primul an cu 20—24 cm. Greutatea se dublează la 5 luni şi se triplează la 1 an. Perimetrul cranian creşte cu 12 cm (34—35 cm la naştere, 46—47 cm la 1 an). Multiplicarea celulelor sistemului nervos se termină la 5 ani. Alimentaţia, exclusiv lactată la început, ajunge să fie mult mai variată spre sfîrşitul primului an. Este o perioadă lungă şi grea pentru mamă, dacă se ţine seama că ea trebuie să-şi îmbogăţească cunoştinţele şi să-şi adapteze îngrijirile în fiecare săptămînă şi uneori în fiecare zi. De la o fiinţă care în primele zile nu ştie decît să doarmă şi să înghită, puiul de om ajunge la sfîrşitul primului an să meargă, începe să vorbească şi să-şi manifeste personalitatea. În primul an de viaţă apar primii dinţi. Bolile care domină perioada de sugar sînt legate îndeosebi de calitatea îngrijirilor din partea familiei (diaree, infecţii respiratorii, boli de piele, carenţe alimentare etc.). Evoluţia acestor boli depinde atît de terenul constituţional al sugarului, cît şi de colaborarea medic pediatru-familie, soră de ocrotire.

7. **Perioada de copil mic sau de antepreşcolar (1—3 ani)** se caracterizează prin încetinirea ritmului creşterii ponderale (3 kg între 1 şi 2 ani; 1,5—2 kg între 2 şi 3 ani) şi staturale (2—3 cm de la 1 la 2 ani; 1 cm de la 2 la 3 ani). Proporţiile dintre cap, trunchi şi membre se schimbă, ducînd la modificarea aspectului general al copilului. Se completează dentiţia de lapte. Funcţia motorie se desăvîrşeşte. Este perioada cînd familia trebuie să se preocupe de formarea bunelor deprinderi ale copilului. Îmbolnăvirile sînt dominate de: accidente, intoxicaţii, boli intercurente, unele tulburări de comportament prin greşeli de îngrijire.

8. **Vîrsta preşcolară (3—6 ani).** Creşterea este lentă. Faţă de valorile de la naştere, greutatea devine de 5—6 ori mai mare la 5 ani, iar talia se dublează la 4 ani. Mielinizarea creierului se termină spre 3 ani, iar la 5 ani volumul său atinge 90% din cel al adultului. Nevoile nutritive sînt mai reduse decît în perioadele precedente. Este perioada cînd copilul capătă o oarecare autonomie. Părinţii trebuie să înţeleagă că acum copilul are nevoie de un spaţiu mai mare de desfăşurare, că este timpul să intre într-o colectivitate de copii, că dominanta activităţii sale este jocul. Patologia este dominată de accidente, de boli infectocontagioase, de afecţiuni alergice.

9. **Copilăria a treia sau vîrsta şcolară** începe la 5—6 ani şi se termină la 10—12 ani. Este o perioadă de dezvoltare relativ lentă,

cu o viteză aproape constantă; este vîrsta perfecţionării funcţiilor dobîndite. Creşterea interesează îndeosebi membrele. Apare dentiţia a doua. În ce priveşte comportamentul social, şcolarul se desprinde de familie şi se orientează către colegi. În patologie domină bolile aparatului respirator, amigdalite, boli infecţioase, traumatismele.

10. Pubertatea este o perioadă relativ lungă, de cîţiva ani, care marchează trecerea de la copilărie la vîrsta adultă. Transformările care domină sînt: dezvoltarea somatică (talie, greutate), modificările caracterelor sexuale primare (organele genitale) şi apariţia celor secundare. Paralel, au loc transformări ale întregului organism cu remanieri profunde pe plan psihologic. Trecerea de la copilărie la vîrsta adultă se face variabil de la un copil la altul. Semnele pubertare progresează simultan, dar într-un ritm variabil, şi ajung într-un răstimp de 4—5 ani la dezvoltarea adultă. În cadrul perioadei, denumită în mod obişnuit pubertate, se deosebesc trei etape: etapa prepubertară, pubertatea propriu-zisă şi adolescenţa.

Factorii care influenţează creşterea

11. A. Factorii dinaintea naşterii: ereditatea (constituţia genetică şi cromozomică), funcţia endocrină, sănătatea mamei, infecţiile intrauterine, intoxicaţii (medicamente, tutun).

B. Factori legaţi de naştere: traumatisme obstetricale, leziuni prin oxigenare întîrziată sau insuficientă a creierului nou-născutului etc.

C. Prematuritatea. Dacă se naşte cu 2 luni mai devreme, un copil are cu 2 luni mai puţin de dezvoltare în uter şi este de prevăzut că nivelul său de dezvoltare va fi cu circa 2 luni mai în urmă faţă de copilul născut la termen.

D. Mediul înconjurător — a) Alimentaţia la sîn are un rol covîrşitor în creşterea fizică, sănătatea şi comportamentul sugarului. După vîrsta de un an, copiii subnutriţi şi îndeosebi cei care primesc puţine proteine animale (lapte, brînză, carne, peşte, ouă) sau vegetale (fructe, zarzavaturi) au talie mică.

b) Factorii naturali (soarele, apa, aerul), **condiţiile de locuit, climatul,** organizarea studiului şi timpului liber al copilului au efecte necontestabile asupra stării de sănătate şi comportamentului.

c) Mediul psihic. Dezvoltarea depinde de maturaţia sistemului nervos. Nici o învăţătură şi nici un exerciţiu nu pot accelera dezvoltarea, înainte ca sistemul nervos să nu fi ajuns la un anumit stadiu. Pe de altă parte, un copil poate deveni înapoiat prin *lipsă de exerciţiu*, în timp ce sistemul său nervos este pregătit pentru o dezvoltare normală. Cum maturaţia sistemului nervos continuă chiar în absenţa unui exerciţiu, copilul face progrese rapide de îndată ce i se oferă ocazia şi-i ajunge din urmă pe cei de vîrsta lui, dezvoltaţi normal.

Dezvoltarea poate fi întîrziată printr-o *carenţă afectivă*. Copiii crescuţi în vechile orfelinate erau întîrziaţi (fizic, intelectual şi social) deoarece personalul (număr redus şi necalificat) nu se ocupa îndeajuns pentru a le satisface nevoile de îngrijiri fizice şi psihice.

Unele familii nu oferă copilului condiţiile, afecţiunea şi ocaziile necesare dezvoltării lui. În astfel de familii mersul, vorbirea, controlul sfincterelor, contactul social survin tîrziu, fragmentar. Pe de altă parte, prin supraîngrijire şi teamă unele familii nu lasă şi nu oferă condiţii copilului să-şi satisfacă nevoia de mişcare, să mănînce, să se îmbrace sau să se spele singur. La consultaţii,

vedem frecvent mame care dezbracă şi îmbracă copilul de 6-7 ani. căruia nu i s-a oferit ocazia de a o face singur. Acelaşi proces se regăseşte în întîrzierea vorbirii. Unele mame nu stau de vorbă cu copilul lor, nu-i spun denumirea obiectelor şi nu-i arată imagini. Astfel de copii vor prezenta o întîrziere în înţelegerea sensului cuvintelor şi în vorbire. Exerciţiul joacă un rol esenţial în dezvoltare. O ambianţă de afecţiune inteligentă ajută pe un copil dotat să ajungă la performanţe maxime, peste nivelul normalului.

Factorul familial joacă adesea un mare rol în unele aspecte ale dezvoltării. În unele familii apariţia locomoţiei, a vorbirii sau a controlului sfincterian poate să se facă deosebit de devreme sau, dimpotrivă, deosebit de tîrziu, în timp ce alte aspecte ale dezvoltării se încadrează în normal.

d) Sexul. Fetiţele au tendinţa să meargă, să vorbească şi să-şi controleze sfincterele mai devreme decît băieţii.

Variaţiile sînt frecvente şi se referă la unul sau mai multe aspecte ale dezvoltării. Insistăm asupra faptului că unii copii ating „repere" ale dezvoltării mai devreme sau mai tîrziu. Este imposibil de a stabili evantaiul „normalităţii", pentru că nu se poate defini „normalitatea" dezvoltării. În cartea noastră sînt indicate *cu aproximaţie* „reperele" normale ale dezvoltării; adesea am amintit că acestea sînt relative şi nu se pot aplica cu regularitate la orice copil. *Ar fi o eroare de a socoti că orice copil care se îndepărtează de la „norme" ar fi deficient mental sau anormal;* mai mult, am întîlnit copii care diferă de la medie în ce priveşte unele trepte ale dezvoltării (mers, vorbire etc.) la o anumită vîrstă şi ulterior să devină copii nu numai normali, dar chiar cu un grad mare de competitivitate.

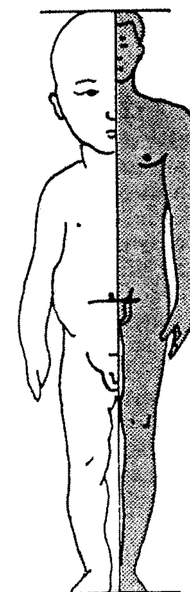


Fig. 1 — Proporţiile dintre diferitele segmente ale corpului la nou-născut şi adult.

Criterii pentru aprecierea creşterii

Creşterea copiilor se urmăreşte şi se apreciază prin *măsurarea lungimii şi greutăţii* la intervale regulate.

12. Lungimea. Ritmul mediu de creştere în lungime este: a) în primul an de viaţă 25 cm; b) în al 2-lea an de viaţă 10 cm; c) în al 3-lea an de viaţă 10 cm; d) în al 4-lea an 8 cm; e) în al 5-lea an 7 cm; f) în al 6-lea an 5 cm. În cursul copilăriei raportul între lungime şi greutate precum şi proporţia între diferitele segmente ale corpului se schimbă. Modificarea acestor raporturi este un proces continuu, dar devine evident în anumite perioade de creştere deosebit de accelerată. Cele mai importante modificări ale proporţiilor de la naştere pînă la pubertate se remarcă în ce priveşte dimensiunea capului în raport cu lungimea trunchiului (vezi punctul 209).

La vîrsta de sugar raportul cap:talie este 1:4, în timp ce la adult acest raport este de 1:8. Extremităţile la sugar sînt relativ scurte şi au muşchii slab dezvoltaţi. Aceste proporţii se modifică mult în perioada premergătoare pubertăţii. Pe de o parte, la această vîrstă creşterea masei creierului (şi deci a craniului) este încheiată, iar pe de altă parte în perioada prepubertară şi pubertară extremităţile cresc deosebit de rapid.

13. Fenomenul de acceleraţie. În ultimii 50—100 de ani s-a înregistrat, în majoritatea ţărilor industrializate, o mărire a valorilor medii

de lungime și greutate la copii. Este vorba de procesul cunoscut sub denumirea de „creștere seculară" sau fenomenul de accelerație. Greutatea și lungimea la naștere nu s-au modificat esențial. Se observă, însă, că la sfîrșitul primului an de viață sugarii bine alimentați și corect îngrijiți sînt mai grei și au o lungime cu circa 5 cm mai mare decît cei de la începutul secolului. Factorii cauzali implicați în acest proces secular sînt *sociali* și *biologici*.

Se apreciază că accelerarea creșterii este influențată în primul rînd de următoarele posibilități:

a) progresele realizate în alimentația sugarilor au determinat nu numai scăderea mortalității infantile, dar și un ritm mai accelerat de creștere în greutate și lungime;

b) creșterea standardului de viață cu ameliorarea alimentației copilului și adolescentului;

c) dispariția suprasolicitării copilului prin muncă fizică;

d) premise mai bune de creștere prin scăderea frecvenței bolilor infecțioase;

e) sumarea unor factori psihici și senzoriali din societățile moderne, care condiționează stimularea creșterii (revoluția în obiceiurile tradiționale în ce privește creșterea și educația copilului, extinderea sportului de masă, mijloace noi de informare a copilului etc.).

Mărirea lungimii corporale medii este legată de o devansare medie a maturării sexuale. Faptul că această maturare nu este corelată cu o maturare etic-morală precoce, ridică probleme deosebite, delicate în fața societății, a părinților și educatorilor.

Valorile medii ale înălțimii sînt: la naștere — 50 cm; la 1 an — 75 cm; la 2 ani — 85 cm; la 3 ani — 95 cm; la 6 ani — 115 cm.

14. Măsurarea lungimii *(înălțimii)*. Măsurarea lungimii sugarului se face trimestrial. Pentru a fi exactă, aceasta trebuie efectuată de două persoane. În unitățile sanitare, măsurătoarea se face cu *pediometrul*, care este un dispozitiv format dintr-o platformă gradată, lungă de 1 m; pereții laterali și unul din capete sînt fixe; celălalt capăt este reprezentat de un cursor mobil. Se așterne pe pediometru un scutec curat, apoi se așază copilul dezbrăcat. Una dintre persoane menține capul copilului la suportul fix. Cealaltă persoană întinde picioarele copilului și împiedică flectarea coapselor, aplicînd o mînă pe genunchi, iar cu cealaltă mînă împinge cursorul mobil pînă la tălpi. Se citește diviziunea de pe porțiunea gradată, avînd grijă ca piesa mobilă să nu se deplaseze (fig. 2). În familie, se întinde copilul pe un plan orizontal dur, de exemplu o masă pe care s-a așternut un scutec. La cap și la picioare se pune cîte o carte, avînd grijă ca picioarele să fie bine întinse, și se măsoară cu o panglică metrică de croitorie distanța dintre cele două cărți din mîinile adultului (fig. 3).

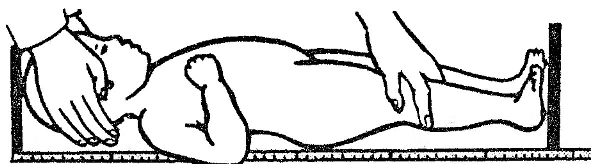


Fig. 2 — Măsurarea lungimii sugarului cu ajutorul pediometrului.

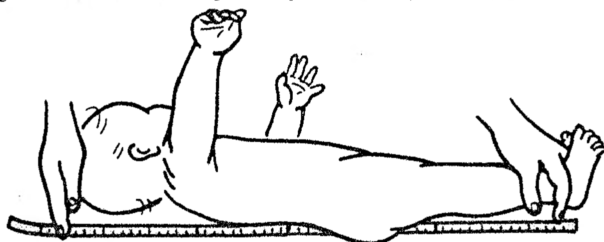


Fig. 3 — Măsurarea lungimii sugarului cu ajutorul panglicii metrice.

După vîrsta de 2 ani, măsurarea înălțimii se va face în poziția în picioare. Copilul va fi măsurat la fiecare aniversare a zilei de naștere, la tocul ușii, notîndu-se cifra respectivă. La dispensar și în colectivități se folosește o tijă specială.

Creșterea diferitelor segmente ale corpului. Dimensiunile segmentelor și proporțiile dintre ele sînt diferite la sugar față de copilul mare și adult. Pentru măsurarea distanței dintre creștetul capului și coccis se procedează ca în figura 4. Măsurarea perimetrelor este de o importanță practică deosebit de mare, mai ales în primii ani de viață.

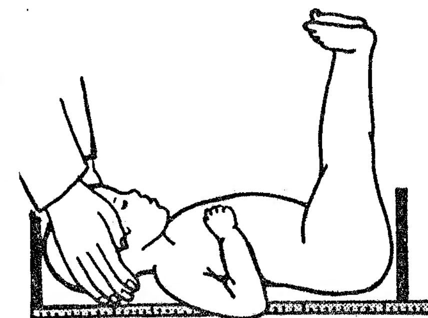


Fig. 4 — Măsurarea distanței dintre creștetul capului și coccis.

15. Perimetrul capului se măsoară trecînd panglica metrică peste frunte, iar posterior la nivelul protuberanței occipitale (fig. 5 a).

16. Perimetrul toracic se măsoară cu o panglică metrică ce se trece în jurul toracelui, în spate la nivelul vîrfului omoplaților, iar în față pe deasupra mameloanelor. La copiii mari se notează cifrele circumferinței toracelui în inspirație și expirație (fig. 5 b). La naștere, perimetrul craniului este cu 2 cm mai mare decît perimetrul toracelui. Ele se egalează spre sfîrșitul primului an de viață.

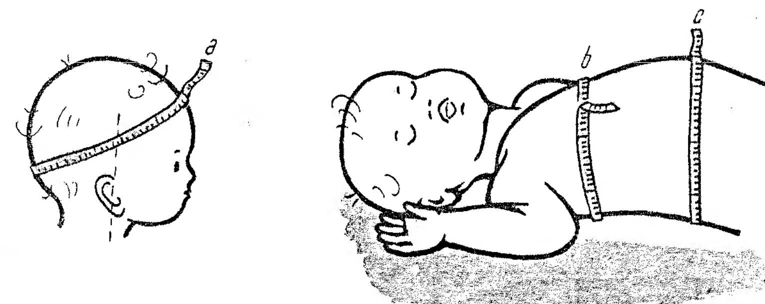


Fig. 5 — Măsurarea perimetrelor: a) cranian, b) toracic, c) abdominal.

17. Perimetrul abdomenului se măsoară la nivelul ombilicului (fig. 5 c).

Extremitățile, relativ scurte la naștere, cresc mai rapid după vîrsta de 6 luni (membrele superioare mai mult decît membrele inferioare). La nou-născut, linia medie orizontală trece la nivelul ombilicului, în timp ce la adult trece la nivelul simfizei pubiene (vezi fig. 1).

18. Cifrele greutății corporale la sugar sînt orientative. Creșterea medie în greutate (după recuperarea scăderii fiziologice din perioada de nou-născut) este:

— în primele 3 luni — 25 g/zi (750 g/lună);
— de la 3 la 6 luni — 20 g/zi (600 g/lună);
— de la 6 la 9 luni — 15 g/zi (450 g/lună);
— de la 9 la 12 luni — 8—10 g/zi (250—300 g/lună).

Greutatea se dublează în cursul celei de a 5-a luni (uneori şi mai devreme) şi se triplează la 12 luni. Un sugar născut cu 3000 g cîntăreşte aproximativ 6000 g la 5 luni şi 9600 g—10 000 g la 1 an. Mici variaţii de la aceste cifre normale sînt lipsite de importanţă. Diferenţe mai mari indică însă o deficienţă în creştere. De aceea copilul va fi prezentat, în mod regulat, la „zilele de puericultură“ de la dispensarele de pediatrie, pentru controlul greutăţii.

Subliniem că cifrele de mai sus constituie valori medii care nu corespund decît la puţini sugari. De altfel se va vedea şi în următoarele capitole că în prima lună de viaţă progresul ponderal este de 500 g la majoritatea copiilor, şi nu de 750 g; în schimb, în luna a II-a şi a III-a, acesta poate ajunge la circa 900—1 000 g pe lună (30 g/zi). Fiecare copil îşi are propria sa curbă ponderală. Nu se poate vorbi de „sugarii medii“. Termenul — folosit în unele cărţi şi de unii medici — are o semnificaţie pur convenţională: „sugarul mediu“ reprezintă media între copiii care cresc mult şi repede, cei care cresc încet şi cei care cresc moderat. Medicul este singurul care poate aprecia dacă un sugar progresează normal în greutate.

Un sugar care nu creşte în greutate nu este neapărat bolnav. Sînt sugari care cresc încet şi care par mulţumiţi cu porţia ce li se dă, neavînd aerul că ar fi înfometaţi. Dacă li se dă ceva mai mult, mănîncă cu plăcere şi încep să crească mai mult. Altfel spus, este fals să se creadă că toţi sugarii fără excepţie „cer“ să mănînce, dacă nu li se dă hrană suficientă.

Pe măsură ce copilul avansează în vîrstă, progresele greutăţii sînt din ce în ce mai mici. Dacă în primele 3 luni sugarul creşte cu 150—220 g pe săptămînă, la 6 luni creşte cu 100—125 g pe săptămînă, pentru ca în ultimul trimestru al anului să progreseze numai cu 50—75 g/săptămînă. Există mari fluctuaţii ale creşterii de la o săptămînă la alta şi cu atît mai mult de la o zi la alta. Pentru aceste fluctuaţii se găsesc adesea explicaţii, dar în multe cazuri este dificil să se descopere o cauză obiectivă.

Fluctuaţiile curbei ponderale nu se consideră patologice, decît dacă se însoţesc cu alte tulburări ale organismului.

19. Cîntărirea. Pentru urmărirea greutăţii sugarului se folosesc cîntare speciale care, în afară de un sistem special de citire a greutăţii, sînt prevăzute cu o mică tară pentru reglare, două tije orizontale paralele, cea de sus gradată în diviziuni de cîte 10 g, iar cea de jos în kilograme, pînă la totalul de 10 kg. Mai au un suport numit scafă, în care se aşază copilul şi care este făcută din metal sau din plasă (de sfoară sau material plastic) (fig. 6).

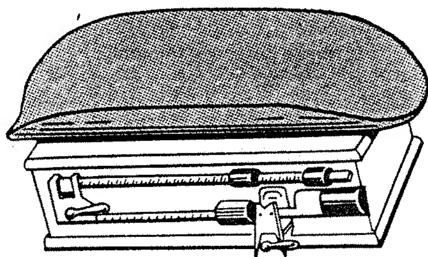


Fig. 6 — Cîntar pentru sugar.

a) Tehnica cîntăririi sugarului. Pe scafa cîntarului se aşterne un scutec curat şi se face tara. Se cîntăreşte apoi sugarul, iar din cifra obţinută se scade greutatea scutecului, obţinîndu-se astfel greutatea copilului.

b) Condiţii de respectat. 1) Cîntarul va fi aşezat pe un plan solid (măsuţă specială, scaun), perfect orizontal; 2) va fi deplasat cît mai rar, ca să nu se deregleze; cînd este necesară transportarea lui, aceasta se va face cu atenţie, fără zguduituri, cu cursoarele fixate în poziţie orizontală, cuprinzîndu-l cu ambele mîini de suportul fix *(nu de scafă)* din partea inferioară (ca pe o tavă încărcată); 3) înainte de fiecare cîntărire se controlează dacă este bine reglat la gradaţia 0; se coboară piedica pe care se sprijină tija metalică gradată şi se verifică dacă limba tijei metalice este în dreptul tijei fixe; 4) cînd cîntarul nu se întrebuinţează, se fixează („se asigură“) prin dispozitivul special adaptat în acest scop; atît la aşezare, cît şi la coborîrea sugarului de pe cîntar, se fixează cele două tije cu ajutorul acestui dispozitiv; 5) cîntarele din unităţile sanitare vor fi curăţate şi dezinfectate zilnic; ele se verifică periodic de către Serviciul de Metrologie. La copilul de orice vîrstă se impune cîntărirea zilnică în următoarele afecţiuni: sindroame de deshidratare acută (diaree, vărsături), cardiopatii decompensate, ciroze, nefrite, sindroame nefrotice, copii cu perfuzie etc.

c) Copilul peste 2 ani poate fi cîntărit cu cîntarul de adulţi. Între 9 luni şi 24 luni, cînd copilul nu mai poate fi cîntărit pe cîntarul pentru sugari, dar nici nu se poate ţine în picioare în echilibru perfect, un adult se cîntăreşte cu copilul în braţe şi apoi singur; diferenţa dintre cele două cifre reprezintă greutatea copilului.

După perioada de sugar, medicul (nu părinţii!) apreciază în primul rînd dacă greutatea individuală se încadrează în cifrele greutăţii medii a grupei de copii cu aceeaşi înălţime, folosind:

— fie tabele cu valori normale de cifre care redau valoarea medie, deviaţiile standard sau valoarea percentilei;

— fie curba percentilelor, în care sînt citite sau consemnate în mod direct.

20. Pielea şi stratul grăsos. a) Culoarea normală a pielii este roz; această culoare confirmă o bună irigaţie cu sînge. Paloarea pielii poate indica existenţa unei anemii; persistenţa culorii roşii a obrajilor poate înşela; paloarea lobului urechii este mai demonstrativă. Confirmarea diagnosticului de anemie se face în laborator, prin măsurarea valorii hemoglobinei.

b) Turgorul. Prin turgor se înţelege consistenţa ferm-elastică pe care o are o cută de piele prinsă între două degete. La sugarul sănătos, ţesuturile de sub piele conferă senzaţia plăcută de prospeţime, de rezistenţă specială la palpare.

c) Elasticitatea pielii. La copilul sănătos o cută formată prin cuprinderea pielii între două degete se şterge imediat. După pierderi mari de apă, ţesuturile pierd din elasticitate şi pliul cutanat se menţine mai mult sau mai puţin timp. Este un semn sigur al pierderilor grave de apă din organism (prin diaree, vărsături).

21. Tonusul muscular. În stare normală, muşchii nu se relaxează complet, ci prezintă o uşoară stare de tensiune, numită tonus. Încercarea de a imprima diferitelor segmente ale corpului mişcări pasive întîmpină o uşoară rezistenţă, din partea segmentului respectiv. Cînd ridicăm un sugar normal, apucîndu-l de axile, el se încordează, pe cînd sugarul cu tonus muscular slab nu opune nici o rezistenţă, astfel încît umerii lui urcă pînă la înălţimea urechilor; aceasta este un semn sigur de tonus muscular slab *(hipotonie)*. În caz de tonus prea crescut are loc o contractură a muşchilor, mişcările pe care le imprimăm unor segmente întîmpină o puternică rezistenţă. Se vorbeşte în acest caz de *hipertonie*. La nou-născut există, în mod normal, o uşoară hipertonie („fiziologică“). Hipertonia, ca şi hipotonia, pot fi expresia unei tulburări motorii de origine cerebrală care impune consultarea unui medic specialist.

22. Dinţii pot apărea la vîrste foarte diferite. Unii copii se nasc cu unul sau doi dinţi, în timp ce la alţii primul dinte apare la 13 sau 14 luni. Din

observațiile noastre, la peste 25% din sugari primul dinte apare după 8 luni. Erupția nu poate fi considerată ca un reper al dezvoltării. Trebuie cunoscute datele medii ale apariției dinților, știind însă că variațiile individuale sînt considerabile (vezi tabelul de mai jos).

Tabelul 1.1

Vîrsta medie de apariție a dinților de lapte

Incisivii mediani inferiori	6—8 luni
Incisivii laterali inferiori	8—12 luni
Incisivii mediani superiori	7—10 luni
Incisivii laterali superiori	9—13 luni
Primul premolar inferior	12—14 luni
Primul premolar superior	14—16 luni
Caninii inferiori	16—18 luni
Caninii superiori	18—20 luni
Al doilea premolar inferior	20—22 luni
Al doilea premolar superior	24—30 luni

Unele boli, ca hipotiroidia și afecțiunile cronice debilitante, întîrzie maturarea osoasă și erupția dentară. Din contră, o accelerare a maturării scheletice (ca de exemplu, în cazurile de pubertate precoce) nu se însoțește de o avansare a apariției dentiției. Rahitismul nu afectează în mod obligatoriu calitatea dinților, în timp ce o creștere importantă sau prelungită a bilirubinei în sîngele nou-născuților determină leziuni dentare. Tetraciclinele administrate fie mamei în timpul sarcinii, fie copilului în primii ani de viață, afectează dinții, al căror smalț se colorează în galben-brun. Tetraciclinele au tendința de a se acumula în toate țesuturile care se calcifică.

23. **Maturarea osoasă** este cea mai bună dovadă a maturării biologice. Cu toate că radiografia osoasă nu poate intra în cadrul examenelor sistematice ale sănătății publice și ale fiecărui copil în parte, ea trebuie amintită. Se poate limita la radiografia mîinii *(stînga)*, completată la unele vîrste, după unii autori, cu radiografia piciorului sau genunchiului (la sugar) sau a cotului (la copiii de vîrstă școlară și în timpul pubertății). Se depistează astfel punctele de osificare, care apar în mod normal la o anumită vîrstă.

Criterii de apreciere a dezvoltării neuropsihice

În timp ce pentru aprecierea creșterii sînt luate în considerare modificări predominant cantitative, pentru evaluarea dezvoltării se observă modificări calitative și funcționale. Pentru abordarea fiecărei trepte de dezvoltare, se observă și se urmăresc organele, structurile și funcțiile necesare (de exemplu, diferențierea creierului, creșterea și funcțiile aparatului locomotor etc.). Dezvoltarea propriu-zisă apare numai prin confruntarea activă cu mediul prin procese de integrare, exercițiu, învățare, cunoaștere.

Din aceste motive, pentru aprecierea dezvoltării neuropsihice, intelectuale și afective, familia este ajutată de pediatru, de psihiatru și de psiholog. Pe lîngă aceștia, în perioada de sugar, participă surorile de ocrotire, la copilul de grădiniță — educatoarea are un rol covîrșitor, iar la copilul școlar, pe lîngă corpul profesoral, intervin organizațiile de masă din care face parte copilul (organizațiile pionierești, UTC, cluburile sportive, taberele de vacanță, orice grup tineresc oficial sau neoficial etc.).

Am socotit util să inițiem pe părinți cum să descrie diferite reacții și aptitudini ale copilului pe diferite *compartimente de dezvoltare*. Aceasta impune

observarea și descrierea amănunțită cu consemnarea diferitelor trepte de dezvoltare a copilului. Nu trebuie însă pierdut din vedere că fiecare copil se dezvoltă ca un întreg și că diferitele compartimente de dezvoltare reprezintă o unitate dialectică. Din cele relatate de părinți și din examenul amănunțit medicul obține o vedere de ansamblu a stadiului de dezvoltare a copilului. Sînt necesare verificări repetate, în dinamică, pentru a se obține un grupaj de concluzii veridice, necesare formulării unui diagnostic corect și a unor sfaturi eficiente. Dezvoltarea copilului a fost împărțită în patru compartimente: *dezvoltarea motricității*, *dezvoltarea percepției*, *dezvoltarea limbajului și dezvoltarea comportamentului social.*

24. Motricitatea. Prin motricitate se înțelege atît *motricitatea globală*, adică postura (poziția) și toate mișcările care sînt necesare pentru dobîndirea ortostatismului (statul în picioare) și mersului, precum și așa-zisa *motricitate fină*, adică mișcarea mîinilor, degetelor, mimica și mușchii fonației. *La sugarul mic, motricitatea este primul compartiment și singurul care este accesibil cîtva timp pentru observarea obiectivă.* Cu ajutorul acestei motricități sugarul „percepe", în adevăratul sens la cuvîntului, lumea înconjurătoare. Dezvoltarea motorie normală este premiza pentru încadrarea sa netulburată în mediu și pentru dobîndirea de experiențe și de noi aptitudini. Apreciem comportamentul motor prin observația, respectiv prin examenul poziției întregului corp și a fiecărui segment (cap, trunchi, membre), a mișcărilor spontane și a reflexelor. După vîrsta de sugar se observă în plus modul în care copilul execută anumite mișcări învățate. Cînd acestea se efectuează în condiții standard, reproductibile, este vorba de *teste motometrice.* Prin *dezvoltarea statică* se înțelege acea parte a motricității care servește la învățarea ortostatismului (stațiunea în picioare) și mersului. Frecvent se vorbește global de dezvoltarea statomotorie.

25. Limbajul cuprinde activitățile „fonice" începînd cu plînsul (țipătul) și gînguritul sugarului pînă la înțelegerea limbajului și vorbirea voluntară.

26. Comportamentul social cuprinde comportarea copilului față de părinți, frați, alte persoane (adulte sau copii), precum și reacția la mediul social. La capitolul despre sugar am folosit termenul de *contact social* care exprimă mai fidel cadrul restrîns al dezvoltării sociale în primele luni de viață.

27. Percepția este un proces psihic complex datorită căruia, prin stimularea organelor senzoriale, copilul (și adultul) cunoaște obiectele, fenomenele și modificările mediului exterior, sesizînd semnificația lor practică. În percepție au un rol fundamental nu numai senzațiile, ci și mișcările, atît cele de explorare senzorială, cît și cele prin care copilul utilizează obiectul respectiv. Tot în domeniul percepțiilor intră și procesele de diferențiere, gîndire, memorie, care contribuie la reglarea acțiunilor. În actul percepției intervine selecția și interpretarea experiențelor anterioare și a trebuințelor actuale în vederea adoptării unei atitudini. Cu excepția primelor săptămîni de viață nu este vorba de o reacție pasivă la excitanții din mediu, ci de regulă și de un proces activ de a reacționa față de obiectele din jur. Cu vîrsta, percepția se completează și devine tot mai precisă în activitatea concretă și de observare. Aprecierea percepției se face prin observarea copilului în mediul lui obișnuit, precum și în situații de examinare (create anume) în condiții reproductibile, permițînd comparații obiective.

28. Psihologia copilului. În ce privește psihologia copilului nu există un adevăr unic. Dezvoltarea psihomotorie a copilului este o problemă complicată, cu multe păreri controversate, în plină desfășurare și actualitate.

A cunoaşte un copil cu ajutorul unor perioade (Wallon) sau stadii (Piaget) repertorizate şi net delimitate, ar însemna să-l studiezi într-un mod gradual şi evolutiv. Decupajul vieţii este o necesitate a spiritului care încearcă să înţeleagă şi să explice. Stadiile de evoluţie biologică există într-adevăr, dar ele se caracterizează prin diferenţe individuale foarte mari. Pe lîngă faptul că orice copil are un echipament ereditar propriu, cu inegalităţi morfofuncţionale în limite foarte largi, trebuie să nu se piardă din vedere influenţa mediului extern (familie, locuinţă, alimentaţie, factori naturali, instituţii de ocrotire şi educaţie etc.).

Pe lîngă motricitate, limbaj, percepţie şi dezvoltarea socială, în dezvoltarea psihică a copilului se urmăresc inteligenţa şi afectivitatea. Cu înaintarea în vîrstă a copilului, metodele şi criteriile de urmărire devin tot mai variate şi mai complicate, incluzînd comunicarea grafică, facultatea de judecată, inserţia socială etc. Diagnosticul dezvoltării fizice şi mai ales psihice va fi lăsat pe seama specialiştilor (pediatru, psihiatru, psiholog, pedagog, educatoare, profesori etc.) Părinţii trebuie să rămînă la rolul de observatori (ce furnizează datele necesare diagnosticului), asigurînd nevoile de hrană, dragoste, îngrijiri igienice şi de educaţie ale copilului. La copii mari aprecierile (promovare, competitivitate în concursuri, încadrare socială în grup etc.) le face corpul profesoral şi organizaţiile de tineret. La copilul de toate vîrstele în ultimul timp se folosesc testele; acestea se execută de către specialişti.

29. T e s t e l e. Acest termen este de origine engleză şi a fost introdus în psihologie de Catell. Este o probă care implică îndeplinirea unei sarcini, identice pentru toţi subiecţii examinaţi, cu o tehnică precisă pentru aprecierea succesului sau eşecului, sau pentru notarea numerică a reuşitei. Testul permite evaluarea cunoştinţelor dobîndite (test pedagogic) sau a dezvoltării neuropsihice (teste motorii, de inteligenţă, afectivitate).

În ultimul timp se folosesc pe scară largă teste de orientare profesională. Metoda testelor, aplicată la copii, a permis să se contureze o idee netă şi obiectivă asupra inegalităţii aptitudinilor lor intelectuale (J. Rostand). În psihologie, scopul unui test este de a obţine într-un timp scurt, informaţii precise (cuantificabile) şi obiective (independente de subiectivitatea examinatorului) asupra caracteristicilor mintale ale subiecţilor. Testele mentale sînt instrumente de măsură şi au unele calităţi imuabile: a) *fidelitatea* este calitatea care face ca acelaşi test, aplicat de două ori succesiv la acelaşi subiect să dea rezultate identice; b) *sensibilitatea:* un test are o sensibilitate mai mare sau mai mică după cum el comportă mai multe sau mai puţine trepte pentru clasarea indivizilor; c) *validitatea:* este calitatea care face ca testul să măsoare în mod real ceea ce trebuie evaluat.

Înţelegerea problemelor copilului

În ţara noastră este considerat copil grupa de vîrstă de la 0 la 16 ani. Conferinţa Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (O.M.S.) de la Atena (1978) a fixat drept „copil" grupa de vîrstă de la 0 la 18 ani. La această conferinţă s-au formulat cîteva concluzii: **a)** dificultăţile în dezvoltarea şi educaţia copiilor noştri rezultă în special din discrepanţa dintre creşterea şi dezvoltarea spirituală; **b)** greşelile de alimentaţie (renunţare la alimentaţia naturală la sugar, dezechilibre alimentare prin subalimentaţie sau, dimpotrivă, prin supraalimentaţie sau practici greşite) constituie o problemă de mare actualitate în toată lumea; **c)** creşterea frecvenţei tulburărilor de inserţie socială; **d)** creşterea numărului de accidente şi a mortalităţii prin accidente; **e)** se înregistrează mai multe tulburări de comportament şi tulburări în viaţa sufletească a copiilor; **f)** cresc tulburările de adaptare ca şi perturbările procesului de maturare, ca urmare a tulburărilor de adaptare ale adulţilor la modificările aduse de epoca actuală în general şi în viaţa copiilor şi adolescenţilor în special. Pentru preîntîmpinarea acestor tendinţe în viitor, O.M.S. a propus: **a)** stimularea cercetărilor în acest domeniu; **b)** strînsa colaborare între medici, învăţători, profesori, psihologi, factori de terapie de orice fel, precum şi cu conducătorii organizaţiilor de copii şi tineret; **c)** iniţierea familiei în problemele de creştere, îngrijire şi educaţie a copiilor, adaptate la psihologia generaţiei tinere actuale; **d)** un echilibru în educaţia copilului, punînd accentul nu numai pe volumul de cunoştinţe, ci şi pe problemele de călire fizică şi de viaţă afectivă care în zilele noastre în multe şcoli sînt neglijate; **e)** stimularea individualităţii şi a capacităţilor individuale ale copilului.

30. Z e c e r e g u l i p e n t r u e d u c a ţ i a c o p i l u l u i. În încheierea acestui capitol prezentăm în adaptare „10 reguli pentru educaţia copilului" publicat ca articol de fond de revista Der Kinderarzt (nr. 8, 1979), cu prilejul Anului internaţional al copilului. Aceste reguli au fost stabilite după numeroase consfătuiri ţinute în oraşul Ludwigshafen între medici, psihologi, învăţători, surori, factori de asistenţă socială, profesori de gimnastică şi părinţi. Ele cuprind învăţămintele clasice pedagogice ale unui Pestalozzi, Fröbel şi Czerny, dar sînt completate cu experienţele acumulate în propria familie sau în practica personală. Ele au fost gîndite de către autori ca pentru părinţii şi educatorii din oraşul respectiv, dar ulterior societăţile de pediatrie socială au găsit că pot fi transplantate în orice ţară, cu adaptările necesare.

1. Să-ţi iubeşti copilul! Adică să te bucuri de el, să-l accepţi aşa cum este, să nu-l jigneşti, să nu-l umileşti, să nu-l descurajezi, să nu-l pedepseşti pe nedrept, să nu-l lipseşti de încrederea ta, să-i dai prilejul să te iubească.

2. Să-ţi protejezi copilul! Adică să-l aperi de primejdii fizice şi sufleteşti, la nevoie chiar prin sacrificarea propriilor interese şi cu riscul propriei tale vieţi.

3. Să fii un bun exemplu pentru copilul tău! Să transmiţi valori de tradiţie, să trăieşti în conformitate cu acestea, să-l încurajezi şi să te porţi cu el cu responsabilitate. Este necesar ca un copil să simtă viaţa unui cămin, cu o familie unită, cu respectul şi dragostea pentru cei bătrîni, cu legături strînse şi sincere cu toate rubedeniile şi prietenii. Copilul să trăiască într-o familie în care este cinste, adevăr, modestie, armonie. Adulterul părinţilor, invidia, îmbogăţirea pe căi necinstite, obţinerea unor avantaje pentru copil prin relaţii neprincipiale etc. constituie un „model" cu repercusiuni asupra profilului cetăţeanului de mîine al ţării.

4. Să te joci cu copilul tău! Respectiv să-ţi faci timp pentru copilul tău, să vorbeşti cu el, să te joci cu el cum îi place, jocurile lui să le iei în serios, să te familiarizezi cu lumea imaginilor lui.

5. Să lucrezi cu copilul tău! Să-ţi ajuţi copilul cînd încearcă să participe la munca în casă, în grădină. Cînd copilul este mai mare să-l obişnuieşti să participe la treburile zilnice din gospodărie şi pentru gospodărie. În timpul liber şi în vacanţe să participe la activităţile organizate de şcoală.

6. Să laşi copilul să dobîndească singur experienţe de viaţă chiar dacă suferă! Copilul acceptă numai experienţele pe care le face singur. Propriile tale experienţe sînt adesea lipsite de valoare pentru copilul tău. Trebuie să-i dai prilejul să-şi acumuleze experienţe proprii, chiar dacă sînt legate de anumite riscuri. Copilul supraprotejat, „ferit de orice pericol" ajunge uneori un „invalid social".

7. Să-i arăţi copilului posibilităţile şi limitele libertăţii umane! Părinţii vor ilustra copilului posibilităţile extraordinare de desfăşurare ale omului, în conformitate cu înzestrarea şi talentele fiecăruia. În acelaşi timp trebuie să-i arate că orice om trebuie să recunoască, să respecte anumite limite în faptele sale în familie (faţă de părinţi şi ceilalţi membrii ai familiei), în colectivitate (educatori, învăţători, profesori, colegi), în grup (organizaţii de tineret, sport, excursii) şi în general în societate (respectarea legilor statului şi ale convieţuirii sociale).

8. Să-l înveţi să fie ascultător! Părinţii sînt datori să supravegheze şi să îndrume comportarea copilului, astfel încît, prin acţiunile sale să nu genereze

suferință nici pentru el, nici pentru alții. **Răsplătește-l pentru respectarea regulilor stabilite!** La nevoie, vei încerca să imprimi respectarea regulilor prin pedepsire!

9. Să aștepți de la copil numai aprecierile pe care le poate da conform gradului de maturare și propriei experiențe! Copilul are nevoie de mult timp pînă învață să se orienteze în această lume complicată. Ajută-l cît poți și cere-i o părere proprie sau un verdict numai cînd e în stare să-l dea, conform experiențelor acumulate și gradului de maturare.

10. Să-i oferi copilului trăiri cu valoare de amintiri! Copilul se „hrănește", la fel ca și adultul, din trăiri care îi dau prilejul să cunoască viața altor oameni și lumea (serbări de familie, excursii, călătorii, vacanțe, spectacole, manifestări sportive).

31. În țara noastră, aceste probleme sînt legiferate în Codul principiilor și normelor muncii și vieții comuniștilor, ale eticii și echității socialiste. Articolul 27 prevede următoarele: „Fiecărui membru de partid, fiecărui membru UTC îi revine o înaltă răspundere în întemeierea relațiilor de familie pe principiile moralei socialiste, afecțiunii și încrederii reciproce dintre soți, în îndeplinirea rolului ce revine familiei în creșterea și educarea copiilor, în dezvoltarea continuă a națiunii noastre socialiste. Familia trebuie să fie cea dintîi școală în care copiii să învețe, odată cu regulile de comportare în viață și societate, prețuirea muncii, devotamentul față de patrie și popor, față de partid și cauza socialismului".

2

ÎN AȘTEPTAREA UNUI COPIL

Despre ereditate

Noțiunea de viață îmbracă ansamblul activităților realizate de un organism, acțiunea sa asupra mediului înconjurător și influența pe care acest mediu o are asupra oricărei ființe.

În natură, viața există de la formele cele mai simple (unele celule vii izolate) pînă la organizarea extraordinar de complexă pe care o reprezintă organismul uman.

32. Celula, unitate elementară a vieții. Celula este cea mai mică unitate a materiei vii ce poate să existe în mod independent și să se reproducă. La ființa umană, celula este fundamentul vieții și constituie punctul de plecare a întregii existențe. Într-adevăr, suma activității ansamblului celulelor este în fiecare moment necesar supraviețuirii organismului în totalitatea sa.

33. Citoplasma și nucleul. Celula se compune din două elemente fundamentale indivizibile și complementare, care sînt corpul celular, numit *citoplasmă* și *nucleul*. Studiul lor la microscopul electronic a adus o sumă de informații considerabile.

a) Citoplasma. La nivelul citoplasmei sînt individualizate elementele obiective ale activității celulare (membrana celulară, hialoplasma, reticulul endoplasmic, ribosomii, mitocondriile, aparatul vacuolar, aparatul Golgi, centrosomul) (vezi fig. 7).

b) Nucleul este situat în centrul celulei sau într-un alt loc al citoplasmei; este centrul vieții celulare. Conține elementele caracteristice ale individului din care face parte, comandă activitățile celulei și permite acesteia să se dividă în scopul menținerii, creșterii sau reproducerii. În afara perioadelor de diviziune nucleul apare ca format dintr-un amestec de elemente greu de individualizat. Cuprinde 4 elemente morfologice: membrana nucleară, cromatina, nucleolul și sucul nuclear. Cînd nucleul nu se divide, cromatina formează o rețea fibrilară foarte încîlcită. În timpul diviziunii celulare, aceasta se condensează într-un număr de bastonașe, numite *cromosomi*. La acest nivel se găsesc acizii nucleici responsabili de comanda activităților de sinteză ale celulei și de transmitere a eredității.

34. Ereditatea se definește ca transmiterea caracterelor normale și bolnave, din generație în generație. Știința care se ocupă de ereditate poartă

numele de *genetică* (în limba greacă, *genesis* = naştere). Intermediarii transmiterii eredităţii sînt celulele germinale sau gameţii (în limba greacă, *gametes* = soţi) şi anume *spermatozoidul* (celula masculină, care se însemnă cu ♂) şi *ovulul* (celula feminină, care se notează cu ♀). Cele două celule germinative — spermatozoidul şi ovulul — se unesc şi formează celula-ou (zigot), din care se dezvoltă organismul uman. Fiinţa umană, ca oricare alt organism viu (animal sau vegetal), primeşte de la părinţii săi o anumită moştenire biologică, un anumit *patrimoniu genetic (ereditar)*. Datorită eredităţii, doi indi-

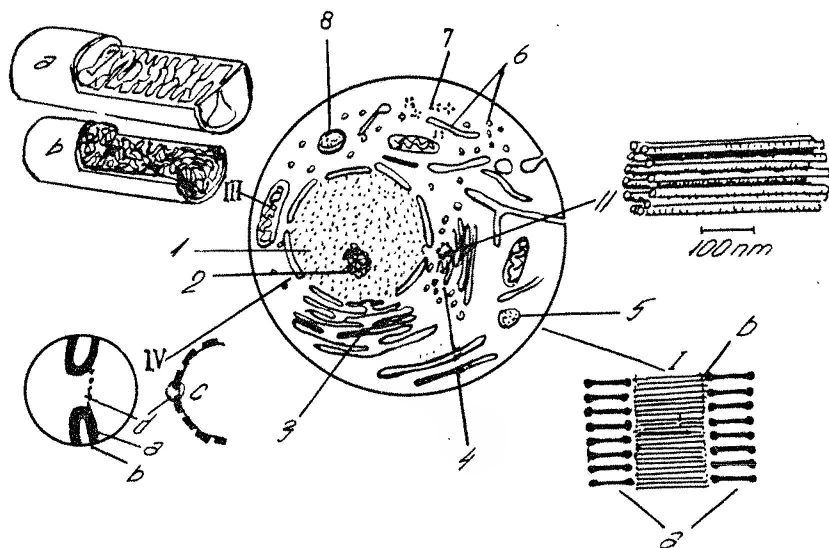


Fig. 7 — Reprezentarea schematică a ultrastructurii celulei:
1. nucleul; 2. nucleol; 3. structuri celulare granulare (ergastoplasma); 4. aparat Golgi; 5. lizozomi; 6. structuri celulare negranulare (reticul endoplasmatic); 7. ribozomi; 8. promitocondrii. I. Membrană celulară alcătuită din 3 straturi; II. centriol (formaţiune cilindrică al cărei perete este format din mai multe tije, paralele între ele, aşezate în cerc; III. forme de mitocondrii; IV. membrană nucleară (formată din 3 straturi).

vizi dintr-o specie dată nu vor putea da naştere decît unui individ din aceeaşi specie. O pisică nu va da naştere decît la pisici. În alţi termeni, *ereditatea asigură permanenţa caracteristicilor diferitelor specii de fiinţe vii*. În acelaşi timp, transmiterea genetică face ca fiecare individ dintr-o specie să fie unic. Patrimoniul său genetic este compus din elemente ce provin de la ascendenţii săi, dar după procese de recombinare se ajunge la un ansamblu, la o constelaţie de gene strict individuală. Gemenii adevăraţi *(univitelini)* sînt singura excepţie de la această regulă: ei reprezintă, din punct de vedere ereditar, două exemplare din acelaşi individ. Aşadar, ereditatea acţionează în două sensuri divergente: pe de o parte, în cel al permanenţei trăsăturilor generale ale speciei, iar pe de altă parte, în cel al variaţiilor individuale.

35. Legile lui Mendel. În anul 1856 — la vîrsta de treizeci şi patru de ani — Mendel desfăşoară cercetări asupra hibridării la mazăre. Scopul urmărit este la început foarte modest: intenţionează să întreprindă la plante decorative polenizări artificiale care să-i furnizeze culori noi. Dar, pe măsură

ce înmulţeşte încrucişările, extinde şi diversifică culturile, el înţelege că în faţa lui se pune întreaga problemă a eredităţii şi că va trebui s-o lămurească spre a putea interpreta rezultatele pe care le obţine. Aceste rezultate îl impresionează curînd prin regularitate, claritate şi constanţă, permiţîndu-i chiar exprimarea lor în mod matematic. În ce constă însemnătatea excepţională a legilor lui Mendel? În primul rînd, Mendel a ştiut să aleagă, pentru a le încrucişa, soiuri de mazăre foarte stabile, prezentînd caractere diferenţiale bine marcate: diferenţe de formă sau culoare ale bobului matur (zbîrcit sau neted; verde sau galben), de formă a tecii mature, de colorit al tecii, de lungime a tulpinilor. În plus, el a avut intuiţia genială că, pentru a se descurca în labirintul fenomenelor ereditare, trebuia să se preocupe nu de asemănarea globală dintre ascendent şi descendent, ci de prezenţa sau absenţa unui anumit caracter particular. În loc de a gîndi: „organism", Mendel gîndeşte: „caracter". Din rezultatele încrucişărilor efectuate, el ştie să extragă legi care îi permit să prevadă rezultatele încrucişărilor ulterioare.

36. Noi vom cita **experienţa lui Mendel** cu mazărea cu bob „neted" şi bob „zbîrcit". Prin încrucişarea de „mazăre netedă" şi „mazăre zbîrcită", se observă că în prima generaţie toate boabele de mazăre erau netede. În a doua generaţie (variantele de mazăre din prima generaţie se reproduc între ele), se observă cum reapare caracterul „mazăre zbîrcită", acest caracter se constată la un sfert din această generaţie; celelalte trei sferturi sînt netede (vezi fig. 8). Ulterior alţi cercetători au făcut studii pe animale (fig. 9 şi fig. 10). Concluziile sînt următoarele:

— Caracterele ereditare rămîn individualizate: caracterul „mazăre netedă" şi caracterul „mazăre zbîrcită" rămîn independente unul de celălalt; nu există formulă intermediară.

— Unele caractere nu apar totdeauna. În prima generaţie, în care toţi indivizii erau hibrizi „mazăre netedă"/„mazăre zbîrcită", toate boabele de mazăre aveau caracterul „neted". Totuşi caracterul „zbîrcit" nu dispăruse, pentru că el reapare la generaţia următoare: caracterul neted este „dominant", caracterul zbîrcit este „recesiv". Este indicat să se înregistreze şi să se înţeleagă sensul acestor doi termeni „dominant" şi „recesiv" care se folosesc în descrierea oricărei boli moştenite.

37. Cromosomii. Termenul de cromosomi a fost folosit pentru prima dată în anul 1888 de către anatomistul german Waldeyer. El a observat facultatea lor de a absorbi în mod electiv unele substanţe colorante *(khroma* = culoare; *soma* = corp). *Cromosomii sînt suportul eredităţii*. Tot ceea ce moştenim biologic de la părinţii noştri se găseşte în ou, celula primară a fiecărui individ. Pe cît pare de simplu, pe atît este de complex şi de diferenţiat. Este o adevărată minune ca într-o singură celulă să se găsească toate trăsăturile văzute şi nevăzute, moştenite de la părinţii noştri. Odată cu unirea spermatozoidului cu ovulul, rolul de transmiţători al părinţilor, funcţia lor ereditară, se termină definitiv. Nu poate fi îndoială că rolul tatălui se mărgineşte în a furniza o celulă (spermatozoidul). În ceea ce priveşte mama, mulţi oameni îşi închipuie că ea poate şi în timpul sarcinii, să transmită cîte ceva din ea însăşi fiinţei pe care o poartă în uterul său. *În realitate, începînd din momentul cînd ovulul a fost expulzat din ovar, mama nu mai poate da nimic fătului. Acesta va primi de la ea numai hrană şi căldură.*

38. Diviziunea celulară. Există două feluri de diviziuni celulare: una normală şi alta reducţională.

A. Diviziunea celulară normală (mitoza). În organism diviziunea pleacă de la o celulă mamă, ce dă naştere la două celule-fiice care posedă aceeaşi

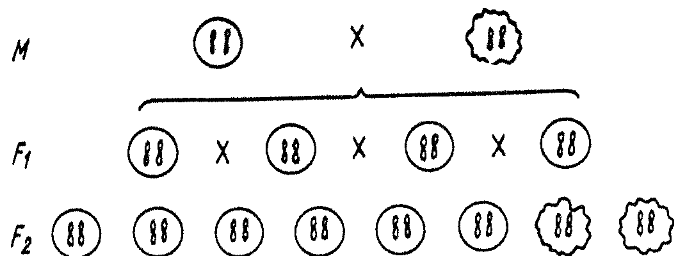


Fig. 8 — Transmiterea caracterelor „neted" şi „zbîrcit".

În M încrucişarea mazăre netedă × mazăre zbîrcită. În F_1 toate boabele de mazăre sînt hibride, au toate caracterul „neted". Exemplarele din F_1 sînt încrucişate între ele. În F_2 2 exemplare de mazăre din 8 sînt homozigote pentru gena „zbîrcită" şi au caracterul „zbîrcit". 4 exemplare de mazăre din 8 sînt hibride şi au caracterul „neted" (descendenţa lor, după încrucişare între ele, va fi identică cu cele din F_1). 2 exemplare de mazăre din 8 sînt homozigote pentru gena „netedă" şi au caracterul „neted".

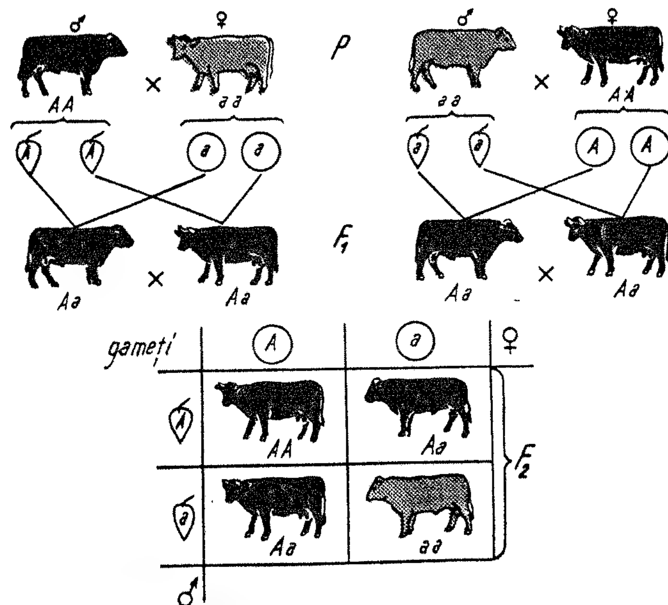


Fig. 9 — Încrucişarea unei vaci de rasă neagră cu o vacă roşie cu dominanta de negru asupra rasei roşii (după Kühn).

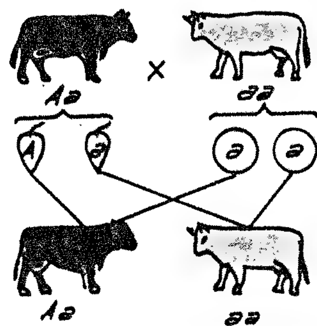


Fig. 10 — Încrucişarea unui bastard din rasa neagră cu rasa roşie recesivă (după Kühn).

arhitectură intimă, aceeaşi funcţie şi, la nivelul nucleului, acelaşi patrimoniu ereditar. Aceasta este adevărat pentru o celulă, un ţesut sau un organism adult (în care diferitele organe sînt perfect definite), pentru care această multiplicare permite creşterea sau menţinerea integrităţii organului. În schimb, la om, dacă se vorbeşte de fecundaţie, se constată că începînd de la baza unor celule asemănătoare, se ajunge prin diferenţieri succesive, la realizarea de organe foarte diverse.

Diviziunea celulară este deci un principiu fundamental al supravieţuirii. Fiecare tip de ţesut posedă ritmul său propriu de reînoire. S-au identificat 4 timpi succesivi în desfăşurarea diviziunii, care duce la dedublarea apoi la distribuirea prin înjumătăţire a stocului de cromatină (fig. 11).

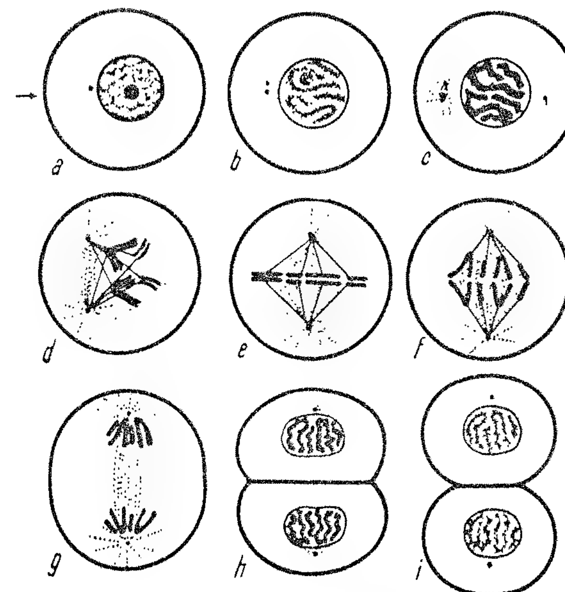


Fig. 11 — Diviziunea celulară.

a) celulă în curs de creştere; b)—d) pregătire pentru diviziune; cromosomii se conturează, apoi se produce diviziunea lor longitudinală; e) aşezarea cromosomilor în fus ecuatorial; f)—g) depărtarea şi migrarea cromosomilor-fiică spre cei doi poli opuşi ai celulei; h)—i) încheierea procesului de diviziune; strangularea citoplasmei pînă la apariţia a 2 celule distincte. Transformarea cromosomilor în material nuclear (după Catel).

B. Meioza sau diviziunea celulară pentru formarea celulelor sexuale (gameţi). Diferenţa fundamentală faţă de diviziunea normală constă în faptul că fiecare celulă sexuală cuprinde doar echivalentul unei cromatide, astfel încît în cursul fecundaţiei se realizează reunirea diferiţilor cromosomi. Celula-fiică rezultată din această fecundaţie va conţine un număr de perechi de cromosomi, identic cu cel al unei celule normale (număr caracteristic şi invariabil pentru fiecare specie). Aceste celule reproducătoare iau naştere din celule-suşe, prezente în glanda sexuală considerată (ovar sau testicul). Ele se înmulţesc, apoi, ajunse la un oarecare grad de maturitate, suferă diviziunile care le vor face să devină celule reproducătoare *(gameţi)*.

39. **Constituţia cromatinei şi a cromosomilor.** Cromatina şi cromosomii sînt constituiţi în principal din acid desoxiri-

bonucleic (ADN) (descoperit de Watson și Crick, în 1953). Acesta are o dublă funcțiune: pe de o parte, reprezentarea codului genetic și pe de altă parte, după acest cod, reglarea tuturor activităților metabolice ale celulei.

Dedublarea cromosomului. În timpul diviziunii celulare, fiecare cromosom se dedublează în doi cromosomi întocmai asemănători. Rezultă că la sfîrșit ne vom găsi în prezența unor lanțuri ADN duble absolut identice cu dublul lanț inițial. *Se înțelege astfel permanența patrimoniului genetic al unei specii de-a lungul nenumăratelor diviziuni celulare ce s-au succedat de la apariția sa.*

40. **Cariotipul.** Este numele dat ansamblului cromosomilor unei celule. În timpul diviziunii celulare se pot pune în evidență numărul de perechi de cromosomi pe care-i conține nucleul. Acest număr este caracteristic fiecărei specii și poate fi regăsit egal și sub aceeași formă în toate celulele unui organism. La om, cariotipul este constituit din 46 cromosomi. Aceștia diferă unii de alții prin talie și formă (bastonașe, virgule, cîrlige etc.).

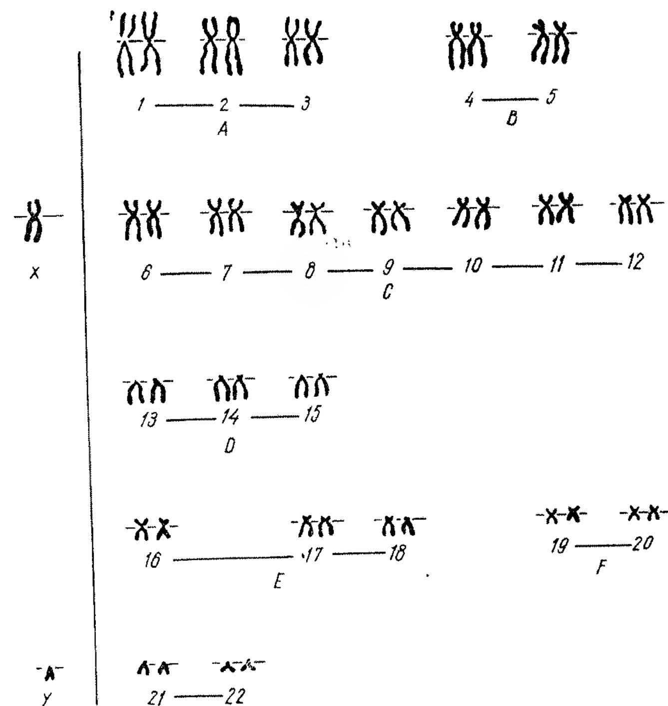


Fig. 12 — Cariotipul unui individ de sex masculin

Cromosomii umani sînt regrupați în 22 perechi de cromosomi *autosomi* plus 2 cromosomi sexuali *(gonosomi)*. Studiul morfologic al acestor cromosomi a permis (după talia și după dispoziția punctului lor de unire) de a-i clasa în 7 grupe (clasificarea Denver, 1960). Cei 2 cromosomi sexuali sînt similari la femeie, realizînd perechea a 23-a de cromosomi (XX); la bărbat există un cromosom X și un mic cromosom Y, caracteristic sexului masculin. În timpul formării celulelor sexuale, femeia are, în mod obligatoriu, în celulele sale reproducătoare, unul din cromosomii X ai perechii cromosomilor sexuali; bărbatul posedă un cromosom X la o jumătate din celulele sexuale și un cromosom Y în cealaltă jumătate. *Rezultă că bărbatul este cel care determină sexul copilului care se va naște, aducînd în celula fecundată fie un al 2-lea cromosom X (copilul este atunci de sex feminin), fie cromosomul Y (copilul este, în acest caz, de sex masculin).*

41. **Gena.** În ciuda taliei sale microscopice, fiecare cromosom este constituit din juxtapunerea unui foarte mare număr de unități funcționale numite *gene*. Acestea sînt suportul patrimoniului ereditar. O genă este deci o particulă dintr-un cromosom, căreia îi revine un rol precis în formarea individului. Fiecare genă are funcția sa de a transmite o anumită trăsătură, așa cum a stabilit Mendel. De exemplu, o genă condiționează culoarea neagră sau culoarea albastră a ochilor; alta, forma dreaptă sau coroiată a nasului etc. Se afirmă că la om există probabil mai multe zeci de mii de gene repartizate pe cei 46 de cromosomi. Genele nu sînt distribuite la întîmplare pe cromosomi. Din contră, fiecare genă are un loc bine determinat pe un cromosom. Acest amplasament poartă numele de *locus*.

42. **Genotipul.** Ansamblul genelor unui individ constituie *genotipul* său. Genotipul este constituit dintr-un ansamblu de *perechi de gene*, deoarece cromosomii sînt perechi. Pe fiecare din cromosomii unei perechi se găsesc în aceleași *locus*-uri gene omoloage.

43. **Fenotipul.** Noțiunea de genotip este apropiată, dar și diferențiată în același timp, de cea de *fenotip*. *Prin fenotip, trebuie să se înțeleagă ansamblul caracterelor vizibile la un individ.* Fenotipul depinde, bineînțeles, de genotip, dar nu sînt superpozabile din următoarele motive:

— nu toate genele unui genotip sînt în mod obligatoriu vizibile; s-a văzut mai sus, în experiențele lui Mendel, că un bob de mazăre hibridă, care poartă simultan gena „netedă“ și gena „zbîrcită“, are un aspect neted: gena „zbîrcită“ nu este vizibilă;

— mediul înconjurător poate influența fenotipul; astfel, populația americană de origine japoneză, după 1—2 generații, are o talie mult mai mare decît populația născută și crescută în Japonia (explicația constă în rolul alimentației din primele luni de viață și în întregul mod de viață diferit de țara de baștină).

44. **Gene dominante și gene recesive.** S-a spus mai sus că fiecare caracter este determinat de *o pereche de gene*. Cînd cele două gene sînt identice se spune că persoana respectivă este *homozigotă* pentru acel caracter. Dacă cele două gene sînt diferite, persoana este *heterozigotă*. *Deci calificativul de homozigot se dă subiectului care are de două ori aceeași genă pentru un caracter dat, iar cel de heterozigot la subiectul care are două gene diferite pentru un caracter dat.* Formele diferite ale unei gene ce determină un caracter dat se cheamă *alele*. Pentru un homozigot, caracterul care se manifestă este în mod obligatoriu cel care este determinat prin cele două gene identice.

Din contră, cînd un subiect este heterozigot, adică posesorul a două gene diferite, se va manifesta numai una dintre ele. Aci intervin noțiunile de *dominanță* și de *recesivitate*.

Pentru a înțelege aceste noțiuni, ne vom folosi de un exemplu simplu și concret: cel al culorii ochilor, limitîndu-ne la două caractere posibile: „ochi negri“ și „ochi albaștri“ (fig. 13).

Cele două gene care comandă culoarea ochilor se găsesc pe cele două *locus*-uri omoloage ale unei perechi de cromosomi. Fie că se aseamănă, fie că se deosebesc, se pot întîmpla trei posibilități:

— dacă subiectul posedă două gene „ochi negri" el este homozigot pentru această genă; el nu poate avea decît caracterul „ochi negri";

— dacă subiectul posedă două gene „ochi albaştri", el este homozigot pentru această genă şi nu poate avea decît ochi albaştri;

— dacă, în sfîrşit, subiectul posedă o genă „ochi negri " şi o genă „ochi albaştri", el este heterozigot. Or, se constată că acest subiect are ochi negri; se manifestă deci

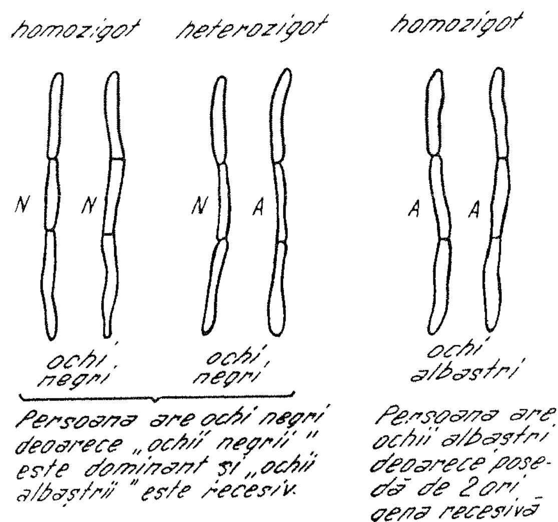


Fig. 13 — Diferite genotipuri şi fenotipuri posibile pentru culoarea ochilor.

numai una din cele două gene ale sale şi anume gena „ochi negri", în timp ce gena „ochi albaştri" rămîne mascată.

Gena „ochi negri" este o *genă dominantă*, care se manifestă totdeauna, chiar cînd este prezentă într-un singur exemplar.

Gena „ochi albaştri", care nu se manifestă cînd este asociată cu o genă dominantă, este o *genă recesivă*. Ea nu se manifestă decît cînd este prezentă în dublu exemplar, deci la persoanele homozigote.

Conceptele de dominanţă şi de recesivitate se reintîlnesc de asemenea în domeniul patologiei ereditare, avînd o mare importanţă în medicină.

45. Transmiterea caracterelor ereditare. Am arătat cum cromosomii poartă mesajul ereditar. Să încercăm acum să arătăm cum se face transmiterea din generaţie în generaţie.

a) Combinările cromosomilor sînt enorme. Fiecare pereche de cromosomi este formată dintr-un cromosom de origine maternă şi un cromosom de origine paternă. În timpul meiozei (punctul 38 B) repartiţia cromosomilor materni şi paterni se face la întîmplare. Astfel o celulă poate avea, din cei 23 cromosomi, 18 cromosomi paterni şi 5 cromosomi materni; cealaltă celulă-fiică va avea, invers, 18 cromosomi materni şi 5 cromosomi paterni. Numărul combinărilor posibile este enorm, respectiv $2^{25} = 8\ 388\ 608$.

b) „Mixajul" genelor de origine paternă şi de origine maternă este şi mai mare prin fenomene de schimb între cei doi cromosomi ai aceleiaşi perechi, cunoscute sub denumirea de *crossing-over* (în limba engleză) sau de *enjambement* (în limba franceză), ceea ce în româneşte s-ar traduce cu „încălecare". Aceste amestecuri au loc la începutul meiozei cînd cromosomii se alipesc şi se împreună. Se produc atunci rupturi de cromosomi, urmate de sudura capetelor

rupte. Această sudură se poate face şi între fragmente ce aparţin fiecăruia din cei doi cromosomi. Aceste fenomene de *crossing-over* sînt obişnuite, dar plasamentul, ca şi numărul lor, sînt foarte variabile de la o meioză la alta. Aşa se explică faptul că în final distribuţia genelor în celulele ieşite din meioză, adică celulele reproducătoare sau gameţii, poate varia la infinit (fig. 14).

c) Determinarea sexului copilului. Tipul sexual al unui individ este determinat chiar de la fecundaţia ovulului. Sexul feminin este determinat de 2 cromosomi de talie identică: cromosomi X; cel masculin este produs de un cromosom X şi de un cromosom cu talie mai mică: cromosomul Y. Cromosomul X are o talie de 4—5 microni; cromosomul Y de 1,5 microni. Provenită dintr-un ou cu 2 cromosomi X, femeia poartă în toate celulele sale doi cromosomi X; toate ovulele sale primesc un cromosom X. Ieşit dintr-un ou purtător de un cromosom X şi de un cromosom Y, bărbatul poartă în toate celulele sale un cromosom X şi un cromosom Y: jumătate din spermatozoizii săi primesc un cromosom X, iar cealaltă jumătate un cromosom Y. Dacă într-un ovul pătrunde un spermatozoid cu un cromosom X, din oul fecundat, purtător a doi cromosomi X, va rezulta o fată; dacă un ovul va fi fecundat de un spermatozoid cu cromosom Y, oul purtător al unui X şi al unui cromosom Y va produce un băiat (fig. 15).

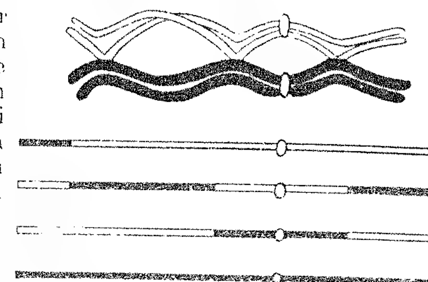


Fig. 14 — În cursul fazei preparatorii a meiozei, dezlipirea a 2 cromosomi omologi, fisuraţi în 2 cromatide. Schimb de material cromosomic între cromosomi şi cromatide.

46. Fecundaţia. Aşa cum rezultă din cele expuse mai sus, fecundaţia constă în unirea unui spermatozoid cu un ovul. Semnificaţia esenţială a fecundaţiei este reconstituirea numărului complet de cromosomi la om: are loc o unire a nucleului ovulului (care conţine 23 cromosomi) cu nucleul spermatozoidului (care conţine tot 23 de cromosomi). Se reconstituie numărul de 46 cromosomi sau mai exact de 23 perechi de cromosomi şi astfel poate începe dezvoltarea unui nou individ. *Acesta moşteneşte genele celor doi părinţi.* Patrimoniul său genetic este constituit imediat după fecundaţie.

S-a arătat că „mixajul" genelor în cursul meiozei face ca nici un gamet să nu se asemene cu altul. Individul care se va naşte din unirea a doi gameţi va avea un patrimoniu genetic absolut unic. Orice individ este compus, bineînţeles, din gene care provin atît de la mamă cît şi de la tată, dar într-o combinaţie ce reprezintă un exemplar unic. Excepţie de la această regulă fac numai gemenii adevăraţi (univitelini.

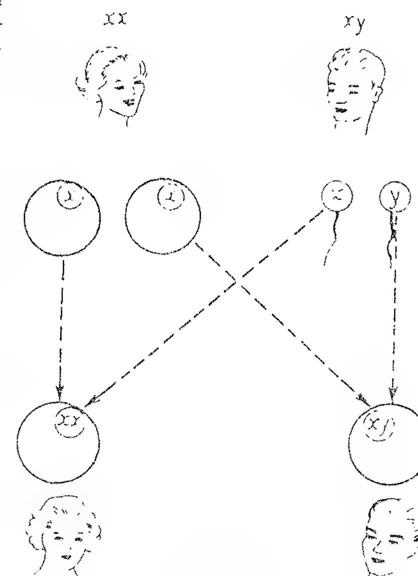


Fig. 15 — Determinarea sexului.

Aceștia sînt formați prin diviziunea unui ou care la început a fost u. amîndoi provin dintr-un singur ovul și un singur spermatozoid. Patrimo lor genetic este identic.

47. Transmiterea caracterelor ereditare. Dacă la sc unui patrimoniu genetic întreg, fenomenele de recombinare sînt de o com xitate ce descurajează orice analist, nu același lucru se întîmplă cînd se i considerare numai un caracter dat. Într-o astfel de situație este posibil s stabilească modalitățile de transmitere. Aceste modalități variază după c caracterul ereditar respectiv este comandat de o genă recesivă sau de o g dominantă (fig. 10).

Pentru demonstrare vom lua iar exemplul simplu al caracterelor culorii ochi „ochi negri" și „ochi albaștri". Transmiterea altor culori (verde, căprui, cenușii) este puțin definită.

a) Dacă cei doi părinți sînt homozigoți pentru aceeași genă:

— tatăl este homozigot pentru gena „ochi negri", respectiv |N N|;

— mama este, de asemenea, homozigotă, respectiv |N N|;

Toți gameții lor nu pot conține decît o genă N și toți copiii (oricare ar fi sexul) nu vor putea fi decît homozigoți |N N|, ca și părinții lor (fig. 16).

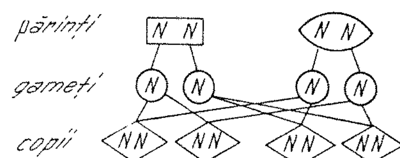


Fig. 16

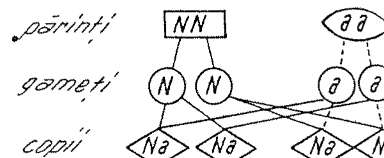


Fig. 17.

b) Tatăl este homozigot „ochi negri", respectiv |N N|. Toți gameții săi vor conți o genă N. Mama este homoizgotă „ochi albaștri", respectiv |a a|. Toți gameții săi v conține o genă a. Reamintim că gena N este dominantă, gena a recesivă. Să vedem acu care vor fi combinațiile posibile (fig. 17). Se observă că toți copiii (indiferent de sex) v fi heterozigoți. Fiecare din acești copii heterozigoți va avea o genă N, moștenită de

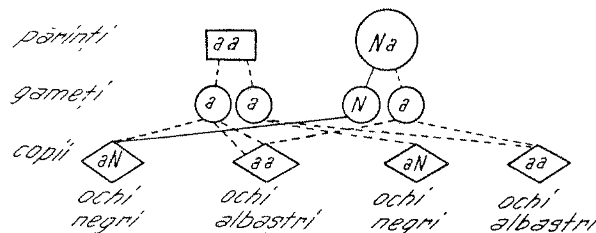


Fig. 18

tată și o genă a, moștenită de la mamă. Gena N fiind dominantă, toți vor avea ochi negri Totuși, purtînd gena a, ei vor fi susceptibili de a avea copii cu ochi albaștri.

Cele două exemple de mai sus sînt deosebit de interesante pentru că ele reprezint ilustrarea unor combinații ce se întîlnesc în moștenirea bolilor. Ele vor putea servi d modele pentru a înțelege transmiterea bolilor ereditare.

c) Unul din cei doi părinți, mama, de exemplu, este heterozigotă |Na|, celălal părinte este homozigot pentru gena recesivă |a a| (fig. 18).

Se observă că mama va forma 50% din gameți ce au gena N și 50% gena a. Altfel spus, mama are o șansă din două de a transmite gena sa dominantă N.

Din contră, tatăl nu va putea transmite decît o genă a. Rezultă că la fiecare gestație există o șansă din două pentru ca urmașul să fie heterozigot |Na|, deci pentru ca urmașul să aibă ochii negri ca și mama sa, și o șansă din două pentru ca el să fie homozigot |a a|.

Dacă unul din cei doi părinți este purtătorul unei gene dominante, există o șansă din două, la fiecare gestație, pentru ca urmașul lor să fie purtătorul acestei gene dominante.

Pe de altă parte se constată că un caracter dominant, care prin definiție este vizibil („aparent"), există la fiecare generație. Într-adevăr, în exemplul precedent (punctul c) copiii heterozigoți, avînd deci ochii negri, vor avea la rîndul lor o șansă din două de a transmite gena lor dominantă.

Din contră, copiii care au ochii albaștri |a a| nu vor mai putea transmite decît gena a. Dacă se urmăresc înaintașii din cursul generațiilor, se poate stabili că un copil care are un caracter dominant, are în mod obligatoriu cel puțin unul dintre părinți înzestrat cu același caracter dominant. La rîndul său părintele respectiv are cel puțin un părinte (respectiv unul din bunicii copilului) cu același caracter dominant. Linia descendentă a indivizilor care posedă caracterul dominant este neîntreruptă.

d) Ambii părinți sînt heterozigoți, deci purtători ai unei gene recesive. Cu toate că amîndoi au ochii negri, gena a face și ea parte din patrimoniul lor genetic. Gena a este numai „mascată" de gena dominantă N. Transmiterea celor două gene la urmași se face în modul schițat în figura 19.

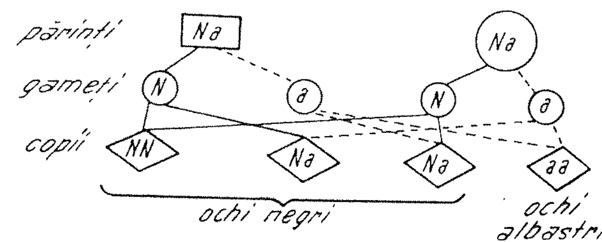


Fig. 19.

Se constată că la fiecare gestație există trei șanse din patru pentru ca un urmaș să aibă ochii negri (o dată din patru situații este homozigot, de două ori din patru eventualități este heterozigot). Există o singură șansă din patru pentru ca el să aibă ochii albaștri, fiind heterozigot pentru gena recesivă.

Cînd cei doi părinți sînt purtătorii unei gene recesive în stare heterozigotă, deci mascată, ei au o șansă din patru la fiecare gestație de a avea un copil homozigot pentru această genă recesivă, care să manifeste caracterul recesiv.

48. Aplicarea acestor noțiuni la ereditatea umană. Există o mulțime considerabilă de gene, a căror acțiune poate să se exercite fie izolat, fie în combinație cu gene care acționează asupra caracterelor diferite. Se ajunge totuși să se pună în evidență un număr oarecare de cazuri tipice ale acestei transmisiuni.

Lupta împotriva bolilor ereditare

În combaterea bolilor ereditare se disting 3 etape: 1) sfatul genetic, 2) tratamentul bolilor genetice; 3) detectarea precoce.

49. Consultul genetic. Una din aplicațiile importante ale înțelegerii mecanismelor eredității este consultul (sfatul) genetic. Părinții care au un copil cu o boală înnăscută sînt obligați să consulte un specialist, în ceea ce privește riscul la care se expun dacă vor mai avea copii. Tinerii căsătoriți

care au în familie boli ereditare sau malformații congenitale trebuie să știe ce riscuri sînt pentru eventualii urmași. Răspunsul medicului este destul de precis în cazul bolilor ce se transmit după legile lui Mendel. În acest grup, după raportul publicat în 1972 de Comitetul Sănătății publice al Consiliului Europei, sînt cuprinse următoarele boli: *galactozemia*, *intoleranța la fructoză*, *fenilcetonuria*, *tirozinemia ereditară*, *leucinoza*, *homocistinuria*, *hipercolesterolemia*, *cistinuria*, *cistinoza*, *mucoviscidoza*, *hiperuricemia*, *glicogenozele*, *rahitismul rezistent la vitamina D*, *diabetul insipid nefrogen*, *degenerescența hepatolenticulară*, *talasemia*, *deficitul în glucozo-6-fosfatdehidrogenază și agamaglobulinemia*.

Din nenorocire, o mare parte din bolile ereditare nu au un mecanism de transmitere bine definit. O boală moștenită poate fi rezultatul acțiunii mai multor factori, fie genetici (boală poligenică), fie micști (factori genetici și alți factori neprecizați). De exemplu, luxația congenitală de șold, cu toate că are tendință familială, nu are o ereditate bine definită; se întîlnește mai des la fetițe, sexul feminin acționînd ca un factor ce coboară „pragul de apariție" al anomaliei.

Adesea, este important să se deseneze, chiar sumar, un arbore genealogic (vezi fig. 20).

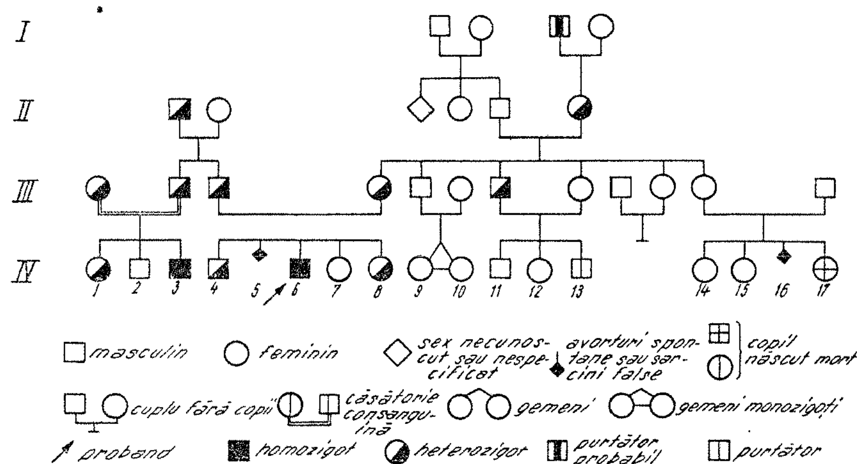


Fig. 20 — Semne genealogice (după E.P. Ferrier).

50. Tratamentul bolilor genetice. *Multe malformații congenitale* beneficiază de tratamente chirurgicale: malformațiile inimii, buza de iepure, gura de lup, stenoza hipertrofică de pilor, unele cazuri de *spina bifida*. Altele se corectează perfect prin tratamente ortopedice, mai ales dacă sînt depistate precoce: luxația congenitală de șold.

Unele boli metabolice ereditare pot fi tratate cu succes dacă acest tratament se instituie precoce și se face corect: fenilcetonuria, galactozemia etc.

Aberațiile cromosomice sînt cel mai puțin influențate de vreun tratament. În malformațiile mari, pot fi obținute unele rezultate paleative prin tehnici

de chirurgie reparatorie, cu tratament hormonal (boala Turner), cu stimulente ale sistemului nervos.

51. Detectarea bolilor genetice înainte de naștere este una din problemele ce preocupă în momentul de față pe geneticieni, obstetricieni și pediatri. S-au realizat progrese importante, dar sînt încă multe probleme de tehnică și, în același timp, aspecte cu implicații etice și juridice.

Noțiuni de anatomie și fiziologie ale aparatului genital al femeii

52. Introducere. Altădată interesul pentru funcționarea corpului omenesc era restrîns. În prezent, setea de cunoaștere a învins și curiozitatea a împins pe orice persoană cultă, bărbat sau femeie, „să pătrundă în secretele naturii". În epoca modernă, orice tînără este datoare să înțeleagă bine fenomenele biologice care se succed în cursul dezvoltării inițiale ale ființei umane. Pentru aceasta sînt necesare unele cunoștințe despre organele de reproducere.

53. Organele sexuale asigură conservarea speciei. Ele au o structură diferită la bărbat și femeie, contrar altor organe ale corpului care sînt identice și sînt puse în serviciul conservării individului și a capacităților sale vitale. Această opoziție între organele care servesc conservării speciei și organele care servesc perpetuării individului este arbitrară. Unele nu exclud pe celelalte; există mijloace de transmitere și de schimb, care demonstrează raporturile multiple dintre cele două sisteme organice; un sistem nu ar putea exista fără celălalt. Fiecare sistem are propria sa rețea vasculo-nervoasă; în același timp între ele se stabilesc legături anatomice și fiziologice. Bolile organice care survin într-un sistem se pot răsfrînge asupra celuilalt. Funcțiile sexuale normale sînt dependente atît de sănătatea fizică a individului, cît și de sănătatea sa mintală: o persoană istovită, suferindă, copleșită de griji profesionale excesive, nu poate fi echilibrată în viața sa sexuală și, fără să-și dea seama, își va strămuta neliniștea în viața sa particulară, intimă.

Organele genitale ale femeii

Organele genitale interne sînt: uterul, ovarele, trompele și vaginul. De fapt vaginul reprezintă o legătură între organele genitale interne și cele externe.

Organele genitale interne ale femeii sînt adăpostite în interiorul bazinului. Acesta este un inel osos, lat și solid, care are forma unei pîlnii. Bazinul este strîns unit cu coloana vertebrală prin intermediul osului sacru.

54. Uterul este organul în care produsul de concepție este adăpostit și hrănit pînă la naștere. El este așezat în partea cea mai de jos a micului bazin. Are o formă de pară turtită cu pereții groși, formați din fibre musculare puternice. La femeia adultă, neînsărcinată, uterul are o lungime de 7—8 cm, o lărgime de 5 cm și o grosime de 3 cm. Porțiunea mai lată, numită corp uterin, este situată în sus, iar porțiunea îngustă, numită col (sau gît), privește în jos și proemină la nivelul bolții vaginului întocmai ca gîtul unei sticle. În mod normal poziția uterului este ușor înclinată în față. În raport cu celelalte organe aflate în micul bazin, uterul ocupă locul din mijloc, între vezica uri-

nară (așezată în față) și porțiunea terminală a intestinului gros, ampula rectală (în spate) (fig. 21).

Uterul este un organ cavitar; pe o secțiune văzută din față cavitatea uterină are forma unui triunghi cu partea îngustă situată în jos, continuîndu-se cu canalul colului uterin (fig. 22).

55. C o l u l u t e r i n se deschide în vagin printr-un orificiu numit ori-

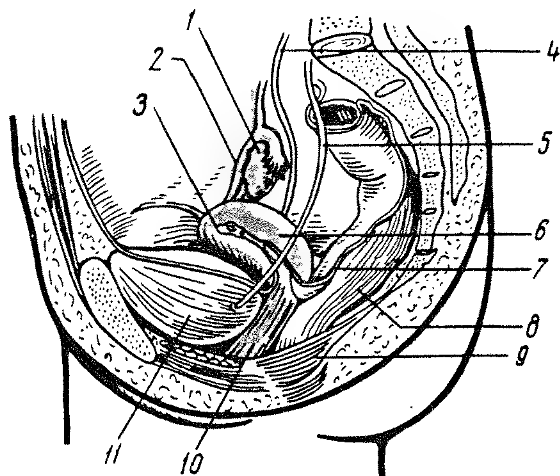


Fig. 21 — Organele genitale interne ale femeii și raporturile lor cu organele invecinate.

1. ovarul drept; 2. trompa dreaptă; 3. trompa stîngă; 4. ureterul drept; 5. ureterul stîng; 6. uterul; 7. peritoneul; 8. rectul; 9. mușchiul constrictor; 10. vaginul; 11. vezica.

ficiul colului uterin. La femeile care nu au născut, acest orificiu este rotund, cu marginile netede; la cele care au născut, buzele colului sînt întredeschise, cu marginile neregulate, ca urmare a unor mici rupturi care au survenit în timpul nașterii.

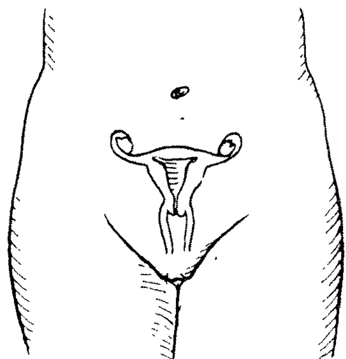


Fig. 22.

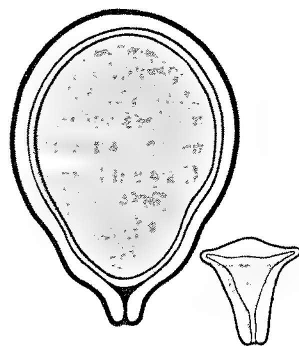


Fig. 23 — Uterul gravid în comparație cu uterul negravid.

Prin poziția sa, uterul este bine protejat de șocuri, lovituri și trepidații. Datorită suspensiei sale cu ajutorul unor ligamente puternice, se asigură un oarecare grad de mobilitate. Un intestin încărcat îl poate deplasa înainte, o vezică urinară plină — înapoi, dar grație ligamentelor el revine la poziția normală. Atunci cînd aparatul de susținere își pierde elasticitatea, se produce modificarea poziției (coborîrea sau îndoirea uterului).

Uterul, alcătuit din mușchi puternici și extensibili, crește în cursul sarcinii de mai multe ori (7 ori) față de dimensiunile obișnuite (fig. 23). În sarcină are loc de asemenea o hipertrofiere (îngroșare) a fibrelor musculare și formarea de noi celule musculare uterine. În felul acesta corpul uterin, care găzduiește fătul, se poate adapta la creșterea acestuia și devine apt de a-l expulza în momentul nașterii. Colul uterin servește la închiderea cavității uterine împiedicînd și pătrunderea microbilor din vagin în cavitatea uterină.

56. O v a r e l e, de forma și dimensiunea unor migdale, sînt situate de cele două părți laterale ale uterului, dedesubtul trompelor, în două cute ale peritoneului și sînt fixate de organele vecine prin ligamente. În interiorul ovarului se găsesc patru sute de mii de celule germinative, precursoarele ovulului; din acest număr mare de celule ajung să se matureze numai circa patru sute: de-a lungul întregii perioade de maturitate sexuală a femeii (în medie de la 15 pînă la 45 de ani) se dezvoltă, la intervale regulate de 28 de zile (ciclu ovulatoriu), cîte un singur ovul.

57. T r o m p e l e sînt două formațiuni tubulare cu o lungime de aproximativ 12 cm, care stabilesc legătura dintre ovare și uter. Ele pătrund, de fiecare parte, în regiunea superioară și laterală a uterului, numită fundul uterin. Extremitatea dinspre ovar se lărgește în forma unei pîlnii cu marginile franjurate (ampula trompei uterine). Sub acțiunea unor procese biochimice, ovulul expulzat din ovar „își găsește drumul" spre interiorul trompei, ca și cînd ar fi aspirat de acesta.

58. V a g i n u l este un canal musculo-membranos cu o lungime de aproximativ 7—8 cm. El comunică în partea de sus cu uterul, prin intermediul orificiului colului uterin, iar în partea de jos este limitat spre exterior de himen sau de resturile acestuia. Mucoasa care căptușește vaginul are un aspect încrețit. Datorită acestei particularități, precum și grație marii elasticități a mușchilor peretelui vaginal, este posibilă întinderea vaginului în timpul actului sexual și în cursul nașterii.

Mucoasa vaginală este lipsită de glande, totuși pe suprafața sa se filtrează permanent un lichid care conține glucoză. Datorită unor bacterii prezente în mod normal în vaginul femeii sănătoase, glucoza este transformată (descompusă) în acid lactic. Se creează astfel un mediu ușor acid, care face inofensivă o mare parte din bacteriile care pătrund din afară în vagin. Prin aceasta este împiedicată ascensiunea unor germeni dăunători în cavitatea uterină. Pe de altă parte, este știut că într-un mediu slab acid mobilitatea spermatozoizilor crește. Dacă gradul de aciditate crește, vitalitatea spermatozoizilor scade simțitor. S-ar putea spune că natura s-a îngrijit pentru ușurarea fecundației, deoarece în cursul zilelor care urmează ovulației, aciditatea mediului vaginal este scăzută, în scopul de a asigura vitalitatea optimă a spermatozoizilor.

Organele genitale externe sînt formate din labiile (buzele) mari, labiile (buzele) mici și clitorisul, ansamblul lor alcătuind vulva.

59. L a b i i l e m a r i sînt două cute ale tegumentului, cu direcție anteroposterioară. Ele mărginesc lateral fanta vulvară. Sînt alcătuite din țesut gras, bogat vascularizat. La exterior sînt acoperite de piele păroasă, iar pe fața interioară de piele subțire, prevăzută cu numeroase glande. Ele se unesc

anterior, formînd comisura anterioară a labiilor mari, şi posterior, la distanţă mică de anus, formînd comisura posterioară (fig. 24).

60. **Labiile mici** sînt situate paralel cu cele mari (înăuntru, medial faţă de acestea) şi mărginesc între ele spaţiul denumit *vestibulul vaginal*. Ele au o culoare roz-roşie şi sînt acoperite pe faţa exterioară de piele fină, iar pe faţa interioară de mucoasă. Labiile mici se unesc posterior înaintea comisurii labiilor mari, iar anterior se unesc la nivelul clitorisului.

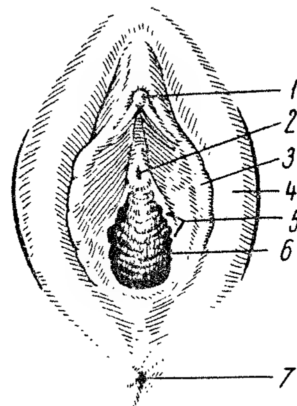


Fig. 24 — Organele genitale externe la femeie.

1. clitorisul; 2. meatul uretral; 3. labie mică; 4. labie mare; 5. resturi de himen; 6. introitus vaginal; 7. orificiul anal.

În zona vestibulului vaginal se deschid două glande mari, numite *glandele Bartholin*. Ele secretă un lichid vîscos care, în timpul excitaţiei sexuale, lubrefiază orificiul *(introitul)* vaginal. Aceste glande se pot infecta cu diferiţi microbi (bartholinită), devenind dureroase şi tumefiate; secreţia lor devine purulentă şi uneori este nevoie să fie extirpate chirurgical.

61. **Organele erectile** ale vulvei sînt reprezentate de *bulbii cavernoşi*, situaţi în partea profundă a buzelor mari, şi *clitorisul*, care este organul analog cu penisul la bărbat, dar de dimensiuni mult mai mici. Clitorisul este sediul senzaţiilor de voluptate la femeie.

62. **Orificiul uretrei** (meatul uretral) este situat pe linia mediană, la distanţă de 1—2 cm de clitoris spre orificiul vaginal.

63. **Himenul** este o membrană, situată la limita dintre canalul vaginal şi vestibulul vaginal, care închide incomplet orificiul vaginal. Are formă semilunară, dar poate fi şi inelar, dantelat sau perforat. Membrana himenală se rupe (de obicei) la primul contact sexual. Rareori se întîlnesc himene neperforate. În acest caz este imposibilă evacuarea sîngelui menstrual; se produce retenţia de sînge în vagin, însoţită de o serie de tulburări care impun perforarea chirurgicală a himenului.

64. **Perineul** este planşeul care închide în partea inferioară bazinul şi este format din muşchi, fascii, vase şi nervi. El îndeplineşte o funcţie importantă în timpul naşterii. Datorită supleţei sale este posibilă dilataţia orificiului vaginal la trecerea capului copilului. Uneori perineul se rupe în timpul naşterii. Această ruptură provoacă o lărgire a orificiului vaginului şi o breşă în planşeul bazinului, prin care uterul poate fi împins în jos de presiunea intestinelor. O ruptură recentă a perineului poate fi reparată uşor printr-o mică intervenţie chirurgicală. Dacă însă, în urma unei rupturi vechi, există o coborîre a uterului şi a pereţilor vaginului, trebuie să se facă o intervenţie chirurgicală mai importantă.

Menstruaţia

65. **Prima menstruaţie** *(menarha)* se instalează, în medie, la vîrsta de 12—15 ani. Se apreciază durata, intensitatea sîngerării şi frecvenţa. Pierderea de sînge menstrual durează în general 3—5 zile, este de 50—100 ml

în medie, iar intervalul între menstruaţii variază de la 24 la 32 zile. Ultima menstruaţie în viaţa unei femei *(menopauza)* se situează între 45 şi 55 ani.

Evoluţia ciclului menstrual este reglată de mecanisme hormonale complexe.

66. **Hormonii**, substanţe chimice secretate de glandele endocrine, ajung pe calea sîngelui la diferite organe ţintă pe care le stimulează. Sînt declanşate o serie de mecanisme de reglare foarte fine.

În cazul organelor sexuale, hormonii cei mai importanţi sînt *gonadotropinele*, secretate (printre alţi hormoni) de glanda hipofiză şi care acţionează la femeie asupra ovarelor (la bărbat asupra testiculilor).

a) *Hormonul foliculostimulant (FSH)* stimulează producerea de hormoni *estrogeni* (hormoni foliculari) care asigură creşterea şi dezvoltarea organelor genitale la femeie, precum şi modificările ciclice la nivelul mucoasei uterine.

De asemenea, FSH stimulează în mod ritmic, lunar, producerea şi creşterea unui folicul ovarian în care se maturează un ovul şi în care sînt produşi hormonii estrogeni. Cînd ovulul este maturat foliculul ovarian se sparge, iar ovulul apt de a fi fecundat este expulzat. Acest proces se numeşte *ovulaţie* şi se produce cam la jumătatea ciclului menstrual.

De-a lungul perioadei de fertilitate a unei femei, respectiv de la primele menstruaţii pînă la menopauză, se succed astfel de cicluri de maturare a ovocitului (devenind ovul) urmate de ovulaţie, cu o periodicitate de circa o lună. De fiecare dată un singur ovul se maturează, numai rareori doi, rezultînd atunci o sarcină gemelară.

b) După ovulaţie, foliculul ovarian se transformă într-o glandă endocrină temporară, numită *corpul galben*. Această transformare are loc sub acţiunea unei alte gonadotropine hipofizare numită *hormon luteinizant (LH)*. Corpul galben produce hormonul corpului galben: *progesteronul*.

Sub influenţa sa continuă modificările mucoasei uterine în vederea primirii produsului de concepţie.

Astfel un ciclu menstrual comportă două faze:

— *faza proliferativă* (de maturare foliculară) în care acţionează FSH care asigură maturarea ovulului şi — prin stimularea produsă de estrogeni — începe pregătirea mucoasei uterine pentru primirea oului fecundat (îngroşarea mucoasei, creşterea glandelor mucoase);

— *faza secretorie* (faza corpului galben) începe imediat după ovulaţie. Sub acţiunea LH se dezvoltă corpul galben care produce progesteron. Acest hormon continuă pregătirea mucoasei uterine în următoarele 7—10 zile (necesare ovulului de a migra prin trompă în uter) prin dezvoltarea glandelor mucoase şi încărcarea cu substanţe nutritive. De asemenea progesteronul determină creşterea temperaturii bazale a femeii în momentul ovulaţiei.

În cazul în care ovulul întîlneşte în trompă spermatozoizi şi este fecundat, corpul galben continuă să se dezvolte şi funcţia sa este indispensabilă menţinerii sarcinii în primele săptămîni, pînă la formarea placentei.

În cazul în care ovulul nu a fost fecundat, el se distruge şi este eliminat. Corpul galben îşi încetează secreţia şi se atrofiază. Scăderea cantităţii de progesteron este urmată de detaşarea mucoasei uterine îngroşate şi eliminarea acesteia cu o cantitate de sînge menstrual rezultat din ruperea vaselor sanguine.

Cu aceasta începe un nou ciclu de maturare foliculară, ovulaţie, proliferare a mucoasei şi menstruaţie (fig. 25).

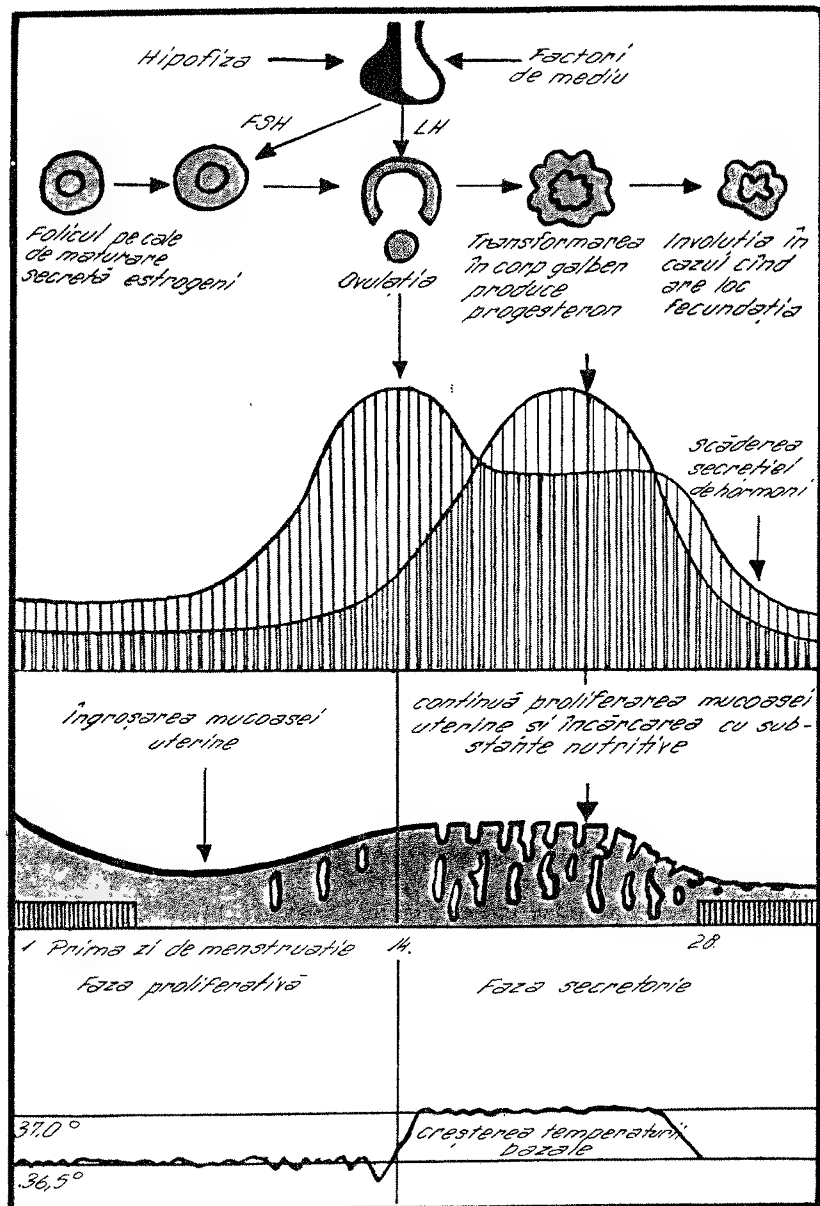


Fig. 25 — Schema sinoptică a influenţelor hormonale în cursul ciclului menstrual la femeie (după K. Dietz).

Celulele germinative (gameţii)

Viaţa umană ia naştere în momentul unirii celor două celule germinative (gameţi): spermatozoidul (masculin) şi ovulul (feminin). Prin fuzionarea lor se formează o celulă unică: *oul* sau *zigotul*. Din această celulă unică derivă fiinţa vie.

67. Ovulul este celula sexuală feminină. Este cea mai mare celulă din corpul omenesc (măsoară aproximativ 1/2 mm), este abia vizibilă cu ochiul liber. Are o formă sferică şi conţine rezerve nutritive, care vor hrăni produsul de concepţie în primele stadii de dezvoltare. De asemenea este purtătoarea caracterelor ereditare ale generaţiilor precedente din partea mamei.

68. Spermatozoidul sau celula sexuală masculină are forma unui ac de gămălie, cu o lungime de 65 microni.

Începînd de la pubertate, spermatozoizii se formează în mod regulat şi continuu în tubii seminiferi din interiorul testiculelor. Apoi trec prin nişte canale mici, înfăşurate ca nişte gheme, ce poartă numele de *epididim;* în continuare parcurg un canal mai mare şi, în momentul ejaculării, se amestecă cu secreţiile *prostatei* şi ale *veziculelor seminale*, formînd *sperma.*

Spermatozoidul este mult mai mic decît ovulul, măsurînd 65 miimi de milimetru lungime şi 2 miimi de milimetru în porţiunea sa cea mai largă, la nivelul capului. Aşadar, mii de celule masculine ar putea să-şi găsească loc într-un singur ovul. Spermatozoidul este compus din patru părţi: un cap mare, un gît sau col, o piesă intermediară şi o coadă. Seamănă cu un mic mormoloc. Capul conţine în nucleul său toate elementele eredităţii paterne, iar în piesa intermediară şi, mai puţin, în coadă se găseşte o rezervă bogată de substanţe nutritive şi energetice. Coada se termină printr-un flagel (o „codiţă") prevăzut cu cili, care-i permit să se mişte şi să progreseze printr-un fel de şerpuire (fig. 26).

În cursul actului sexual, în lichidul complex secretat de prostată şi de glande seminale, numeroşi spermatozoizi

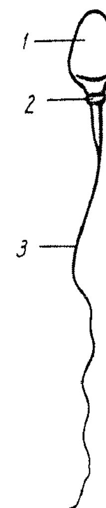


Fig. 26 — Spermatozoid
1. cap; 2. porţiune intermediară; 3. coada.

(circa 200 000 000—300 000 000), elaboraţi în testicule, pătrund în canalul vaginal, de unde îşi continuă drumul, trecînd prin mucozităţile („glerele") colului uterin. În momentul perioadei de fecundaţie, aceste glere sînt vîscoase şi filante, *cu reacţie slab acidă* (vezi punctul 58). Prin mişcări de reptaţie (şerpuire), spermatozoizii pătrund în cavitatea uterină, de unde sînt „aspiraţi" printr-o serie de contracţii ale muşchiului uterin, care favorizează ascensiunea lor şi le permite să ajungă pînă în orificiul unde începe trompa uterină. Ei depăşesc această trecere şi continuă să progreseze prin canalul trompei pînă ajung la ovul. Numai un număr mic de spermatozoizi realizează acest parcurs, majoritatea celor care au pornit în această cursă a fecundării neajungînd pînă la capăt. Se pare că există spermatozoizi mai mult sau mai puţin agili, de îndată ce numai unii din ei se apropie de ovul.

Îmbinarea spermatozoidului cu ovulul are loc în ampula trompei. Aici ovulul „așteaptă" venirea spermatozoidului, dar ovulul nu este fecundabil decît în interval de cîteva ore. Spermatozoidul care, la rîndul său, rămîne fecundant cîteva zile, trebuie să ajungă la timp la această întîlnire, altfel ovulul degenerează și nu mai este susceptibil de a fi fecundat.

69. **Fecundația este un fenomen complex care se desfășoară în mai multe faze.** La început, secrețiile enzimatice produse de spermatozoid dizolvă coroana celulară ce înconjoară ovulul. Grație flagelului, care îi permite să se miște, spermatozoidul alunecă de-a lungul membranei externe a ovulului pînă într-un punct anume, în care pătrunde în ovul. Odată intrat în ovul, coada spermatozoidului se detașează de cap și degenerează; în același timp nucleul se mărește, luînd un aspect identic cu cel al nucleului ovulului. Din această clipă fecundația este realizată, este stabilit sexul copilului. Nu se mai vorbește de ovul, ci de ou. Acesta are doi nuclei,

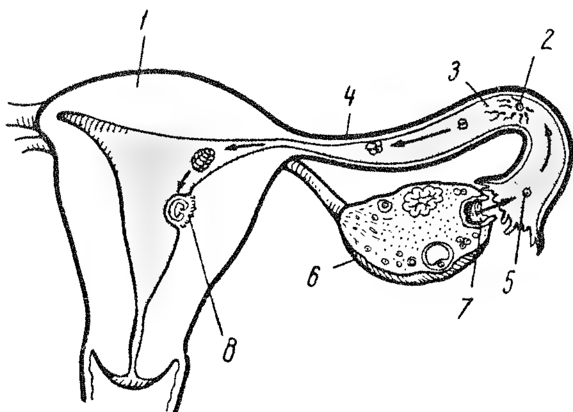


Fig. 27 — Fecundația, migrarea tubară și nidația oului.

1. uterul; 2. locul unde se produce cel mai des fecundația; 3. spermatozoizi; 4. trompa; 5. ovul; 6. ovar secționat; 7. folicul evacuat; 8. fixarea oului în mucoasa uterină.

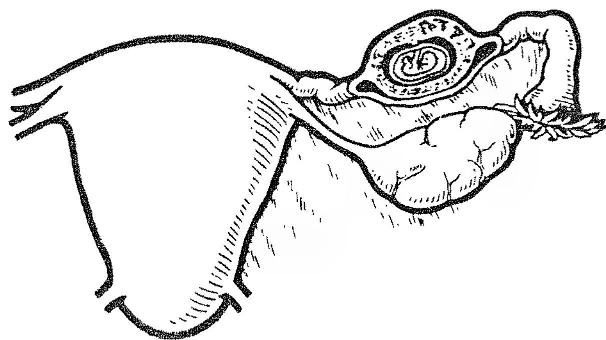


Fig. 28 — Sarcina extrauterină.

pronucleul masculin și pronucleul femel, care conțin fiecare cîte 23 cromosomi.

Prin diviziuni succesive, oul se împarte în mai multe celule și își mărește volumul. Între timp, este împins de mișcările trompei în cavitatea uterină și se implantează în mucoasa pregătită dinainte *(nidația)* (fig. 27). Drumul din trompă pînă în uter durează 6—7 zile. Dacă din diferite motive oul se fixează în trompă, se produce o sarcină extrauterină (fig. 28).

70. **Perioadele de fecundație ale femeii.** În 1929, revista medicală engleză The Lancet publica o scurtă notiță care rezuma comunicarea unui japonez, doctorul Ogino[1]. Acesta declara că reușise să identifice momentul exact al ciclului menstrual cînd avea loc ovulația. La început, noutatea a stîrnit puține comentarii. Ogino efectuase cercetările sale într-o secție chirurgicală a unei clinici de femei, așa încît se considera că ele prezentau o valoare limitată. Rezultatele fiind obținute grație observării unor femei bolnave, se bănuia că ele nu puteau fi valabile la femei sănătoase, cu funcții organice normale. Cîteva luni mai tîrziu, venea o altă comunicare, din Praga: profesorul Hermann Knaus reușise și el să identifice momentul ovulației. Deși Knaus nu aflase de cercetările medicului japonez, rezultatele obținute de cei doi savanți erau identice.

Logic, fecundarea nu poate avea loc decît în momentul cînd ovarul a produs și expulzat un ovul în stare de a fi fecundat. Posibilitatea unei fecundări există atîta vreme cît ovulul rămîne fecundabil.

Durata de viață a ovulului este scurtă. Ajungînd în trompă el găsește proteine și alte substanțe nutritive, care-i formează o membrană protectoare. Aceasta se întîmplă probabil în timpul primelor 24 de ore după ruperea foliculului ovarian. Teoretic, femeia nu poate fi fecundată decît pe parcursul a 24 de ore din întreg ciclul său menstrual.

Se admite, ca o cvasicertitudine, că ovulul nu este fecundabil, la femeie, decît într-un interval de timp foarte scurt, probabil numai 12 ore. Dacă nu este fecundat, piere. Pentru ca fecundația să aibă loc este necesar ca spermatozoizii să se găsească în jurul ovulului.

Dacă se admite această premisă a viabilității scurte a gameților (cîteva ore ovulul; 2×24 ore spermatozoizii) și dacă ovulația ar avea loc numai într-un interval scurt, de cîteva zile, în perioada dintre 2 menstruații, atunci coabitarea ar fi aptă de a duce la fecundare doar în cursul a cîtorva zile, din mijlocul ciclului menstrual; femeia nu ar fi fecundată decît în cursul celor 2 zile ce precedă ruptura foliculului; în toate celelalte zile, fecundația ar fi exclusă. Realitatea nu corespunde însă întru totul acestei concepții.

Dificultatea rezidă în aceea că nu se poate determina exact momentul ruperii foliculului și al eliberării ovulului. Se știe bine că ovulația are loc, — pentru un ciclu de 28 zile — între a 12-a și a 16-a zi a ciclului (deci o perioadă de 5 zile). Dar numărul zilelor în cursul cărora fecundația poate să se producă se ridică în realitate la șapte, întrucît trebuie socotite și cele două zile în care spermatozoizii rămîn apți de fecundație. Însemnarea precisă a menstruațiilor relevă, în plus, la aproape toate femeile, variații de 1—2 zile în durata ciclului, adesea chiar de mai multe zile. Această diferență de durată a ciclului nu este fără influență asupra momentului precis al liberării ovulului. S-a stabilit că există o strînsă relație între maturația ovulului și apariția menstruației următoare. Cînd ciclul este mai scurt, ovulația are loc mai curînd, iar cînd ciclul este mai lung ovulația se produce mai tîrziu. Sarcinile repetate, alăptarea, avorturile, bolile

[1] Kyusaku Ogino (1881—1 ian. 1973) obstetrician ce a pus la punct și o metodă operatorie personală în cancerul uterin.

grave, surmenajul fizic, grijile, enervările, emoțiile, călătoriile, variațiile de climă pot provoca, de asemenea, modificări în durata ciclului (și a ovulației). La femeia care depășește 35—40 de ani, modificările ciclului survin fără vreo motivare aparentă. Rezultă că determinarea zilelor fecunde la femeie se izbește de dificultăți considerabile.

71. Calendarul menstrual. Pentru femeile care au menstruații regulate (ciclul de 28 de zile) se poate admite că fecundația nu se poate produce în cursul zilelor care urmează imediat după menstruație (pînă la aproximativ 7 zile) și în zilele care precedă menstruației următoare (după a 18-a zi). Așadar, perioada de nefecundabilitate fiziologică poate fi stabilită numai la femei cu ciclu regulat de 27—29 de zile. În acest scop, Knaus recomandă alcătuirea unui calendar menstrual pe o perioadă de cel puțin un an. Pentru a determina zilele fertile, în caz de ciclu schimbător, se scade 19 din cifra cea mai mică și 12 din cifra cea mai mare.

Exemplul A:
Ciclul de 24—29 zile: 24—19=5; 29—12=17
Fecundația este posibilă din a 5-a pînă în a 17-a zi

Exemplul B:
Ciclul de 27—30 zile: 27—19=8; 30—12=18
Fecundația este posibilă din a 8-a pînă în a 18-a zi

72. Măsurarea temperaturii bazale (dimineața, la trezirea din somn). Odată cu ovulația temperatura bazală crește cu 4—6 diviziuni (37,1°C—37,3°C la persoane cu temperatură bazală de 36,6°C—36,8°C) pe toată durata de acțiune a corpului galben, pînă la apariția următoarei menstruații. În funcție de acest criteriu fecundația este practic imposibilă începînd cu a 3-a zi de la creșterea temperaturii bazale. Perioada optimă pentru fecundație este de 2—3 zile înainte și 2—3 zile după creșterea temperaturii bazale (vezi fig. 29).

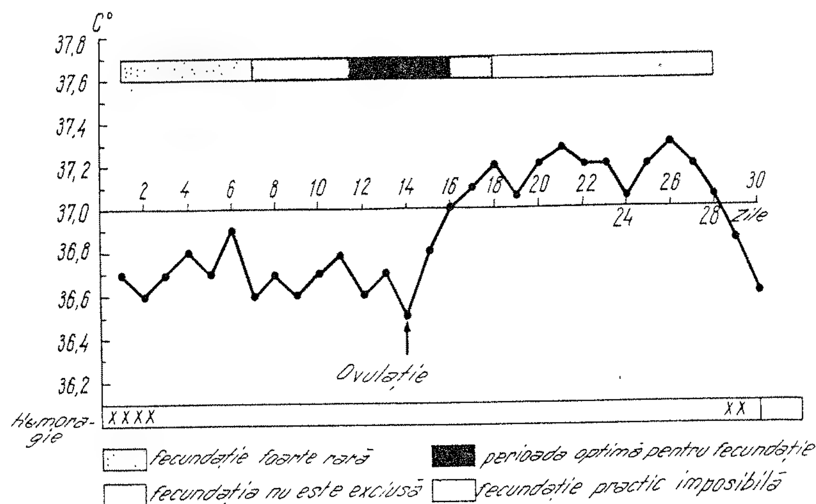


Fig. 29 — Zilele din ciclul ovulatoriu în care este posibilă fecundația

Migrația tubară a oului și dezvoltarea sa pînă la nidație

73. De îndată ce s-a produs fecundația, în ampula trompei uterine începe diviziunea oului. După circa 72 ore, prin diviziuni succesive, oul are aspectul unei sfere formată din peste 50 de celule inegale ca mărime. În interiorul acesteia începe diferențierea celulelor. Celulele situate în interior formează *embrioblastul* (mugurele din care se va dezvolta embrionul și sacul vitelin), iar din cele așezate la periferie rezultă *trofoblastul* (care asigură nutriția embrionului și fixarea lui în mucoasa uterină).

Concomitent are loc migrația tubară a oului. În decurs de 3—4 zile el străbate trompa. Dacă migrația se produce prea rapid, oul ajunge în uter într-un stadiu de dezvoltare prea precoce, nu se fixează și este eliminat (avort inaparent).

Prin continuarea diviziunilor celulare oul crește în volum. Datorită creșterii mai rapide a trofoblastului, între acesta și embrioblast apare o cavitate, plină cu un lichid nutritiv. În acest stadiu cînd oul are aspectul unei vezicule și se numește *blastocist*, începe nidația (în a 6-a — a 7-a zi de la fecundare).

74. Nidația. Datorită enzimelor pe care le conțin celulele trofoblastului, se produce o erodare a mucoasei uterine. Din celulele stratului periferic se formează niște prelungiri (vilozități coriale) care se implantează în adîncimea mucoasei uterine. În a 12-a zi de la fecundare (cam în momentul cînd ar fi urmat o nouă menstruație) blastocitul măsurînd aproximativ 1 mm, înconjurat de vilozități, s-a îngropat în mucoasa uterină și încetează de a se hrăni din rezerve proprii. Fiind integrat organic în organismul mamei, începe să fie hrănit de acesta pînă la sfîrșitul sarcinii.

Anexele produsului de concepție

Din vilozitățile coriale care sînt îndreptate spre peretele uterin se va forma *placenta*. Vilozitățile din partea opusă se atrofiază în decurs de cîteva săptămîni (fig. 30).

75. Placenta este implantată prin vilozitățile sale (ca niște rădăcini) în grosimea mucoasei uterine. Ea îndeplinește pe lîngă rolul nutritiv-metabolic și funcția de glandă endocrină, producînd hormonii (estrona, progesteronul și hormonul gonadotrop corial) care asigură adaptarea organismului matern la sarcină, creșterea mușchiului uterin etc. Schimbul de substanțe are loc la nivelul membranei placentare. Această membrană, numită barieră placentară, desparte sîngele circulant al mamei de sîngele fetal, dar permite schimbul de substanțe și de gaze. Substanțele nutritive și oxigenul sînt preluate de sîngele fetal, iar produsele de degradare ale metabolismului copilului sînt transferate în sîngele matern.

Suprafața vilozităților coriale la placenta matură este de circa 14 m² (cam de

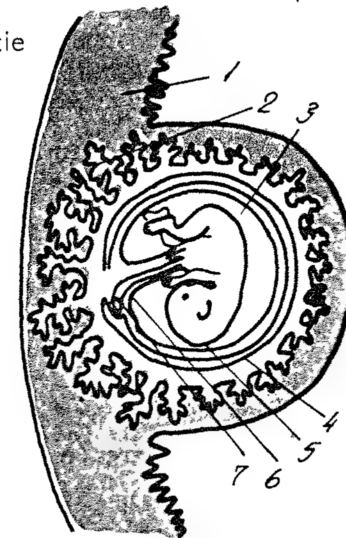


Fig. 30 — Dezvoltarea placentei în primele săptămîni de sarcină.
1. partea maternă a placentei 2. partea fetală; 3. cavitatea amniotică; 4. învelișurile oului; 5. embrionul; 6. cordonul ombilical; 7. sacul vitelin.

10 ori mai mare decît suprafaţa corporală a unui adult). Către sfîrşitul sarcinii placenta are forma unui disc cu un diametru de 16—20 cm, o grosime de 1,3—5 cm şi cîntăreşte 500—600 g.

76. **C o r d o n u l o m b i l i c a l** este alcătuit din vase de sînge care duc sîngele fetal la placentă (artere) şi aduc sîngele bogat în oxigen şi substanţe nutritive la făt (venă) (fig. 31).

77. **Î n v e l i ş u r i l e o u l u i** (anexele, membranele). *Punga amniotică* (punga apelor), formată din două straturi, înconjură fătul ca o manta

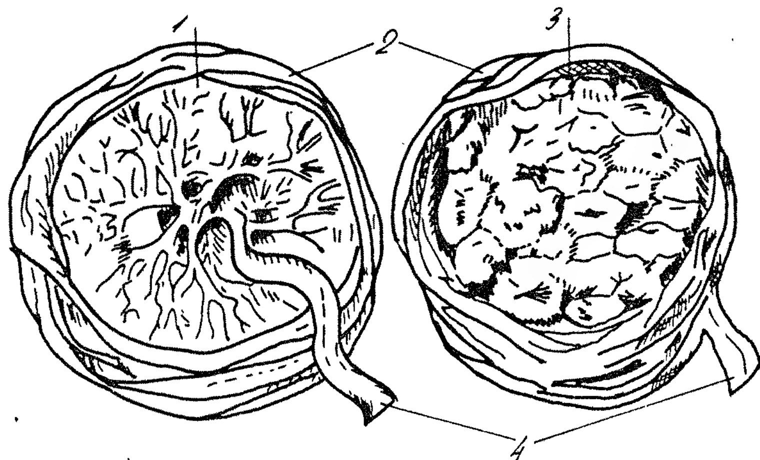


Fig. 31 — Placenta la termen şi cordonul ombilical.
1. partea fetală a placentei; 2. membranele; 3. partea maternă; 4. cordonul ombilical cu vase de sînge.

protectoare. Ea împiedică pătrunderea germenilor în cavitatea uterină, practic sterilă. Secretă un lichid (lichidul amniotic) care permite fătului mişcări în uter, îl protejează împotriva eventualelor traumatisme exercitate asupra abdomenului femeii gravide şi asigură temperatura constantă.

78. **L i c h i d u l a m n i o t i c** (în cantitate de 500—1 000 ml) este limpede în primele luni de sarcină; mai tîrziu este uşor tulbure şi conţine celule descuamate ale pielii fătului, *vernix caseosa*, fire de păr *(lanugo)*, clorură de sodiu, grăsimi, urme de proteine. *Vernix caseosa* este un strat grăsos care acoperă pielea fragilă a copilului şi o protejează de macerare prin lichidul amniotic.

Dezvoltarea produsului de concepţie

Este împărţită în mai multe stadii:

79. **B l a s t o g e n e z a** cuprinde perioada de diviziuni succesive ale oului pînă la diferenţierea trofoblastului şi embrionului. Este încheiată la 15 zile după fecundaţie. Tulburările survenite în acest stadiu sînt urmate de avort spontan, adesea nesesizate de femeie, manifestîndu-se de cele mai multe ori ca o menstruaţie întîrziată. Numai femeile care-şi măsoară sistematic temperatura bazală pot constata producerea avortului.

80. În stadiul de **e m b r i o g e n e z ă** (săptămîna a 3-a — a 10-a), din trofoblast se dezvoltă placenta şi învelişurile oului, iar din embrioblast mugurii viitoarelor organe. La sfîrşitul lunii a 2-a embrionul ia o formă umană. Pe capul, proporţional foarte voluminos, apar schiţaţi ochii, nasul, urechile. Pornind de la trunchi, ies la suprafaţă formaţiuni care se vor transforma în membrele superioare şi inferioare.

Acţiunea unor factori nocivi în acest stadiu poate provoca avortul sau leziuni ale embrionului (malformaţii, embriopatii).

81. **P e r i o a d a f e t a l ă p r e c o c e** (săptămîna a 11-a — a 26-a) este stadiul în care îşi încep activitatea diferitele organe şi se dezvoltă sistemul muscular.

82. **P e r i o a d a f e t a l ă t a r d i v ă** începe cu săptămîna a 27-a şi durează pînă la naştere. Fătul îşi dezvoltă în continuare formele exterioare. După 29 săptămîni dezvoltarea este în mare încheiată. Depunerea de ţesut muscular şi grăsos duce la creşterea în greutate; are loc maturarea diferitelor organe şi sisteme. După 34 săptămîni fătul are şanse crescute de supravieţuire.

Valorile normale ale creşterii în greutate şi lungime în funcţie de vîrsta gestaţională (după A. Doolander şi R. Fenart):

Vîrsta	*V.L. sau V.C.*	*V.T.*	*Greutate*
20 zile	1,5 mm		
1 lună	5 mm (V.L.)		
$1^1/_2$ luni	16 mm (V.L.)		
2 luni	3 cm (V.C.)		
3 luni	7 cm (V.C.)	10 cm	
4 luni	13 cm (V.C.)	20 cm	150 g
5 luni	18 cm (V.C.)	27 cm	400 g
6 luni	22 cm (V.C.)	34 cm	1 000 g
7 luni	26 cm (V.C.)	39 cm	16 000 g
8 luni	30 cm (V.C.)	43 cm	2 200 g
9 luni	34 cm (V.C.)	50 cm	3 200 g

NOTĂ: Cifrele sînt aproximative.

Legendă: V. = vertex (creşterea capului)
V.C. = vertex-coccis
V.T. = vertex-talon (călcîi)
V.L. = vertex-lombar (curbură caudală a embrionilor tineri)

Factori care influenţează negativ dezvoltarea produsului de concepţie

Numeroase influenţe nocive se pot răsfrînge asupra embrionului sau fătului ducînd la leziuni morfologice (anomalii sau malformaţii) sau boli intrauterine.

83. Efectul acestor noxe în primele 3 luni de sarcină este cunoscut sub denumirea de **e m b r i o p a t i i**. Se cunosc în prezent date sigure privitoare la organele afectate în corelaţie cu momentul (sau perioada) în care acţionează diferite noxe (fig. 32).

Apariţia embriopatiilor poate fi generată de patru mari grupe de factori:

— infecţiile virale (rubeola, poliomielita, gripa, herpesul, hepatita, parotidita epidemică, rujeola, varicela);

— noxe chimice (medicamente);
— razele Roentgen;
— tulburări hormonale la mamă (disfuncția tiroidiană, diabetul).

Exemplul clasic de embriopatie este constituit de sindromul Gregg sau embriopatia rubeolică. În discordanță cu benignitatea bolii la gravidă, rubeola generează la embrion malformații grave ce afectează diferite organe, în

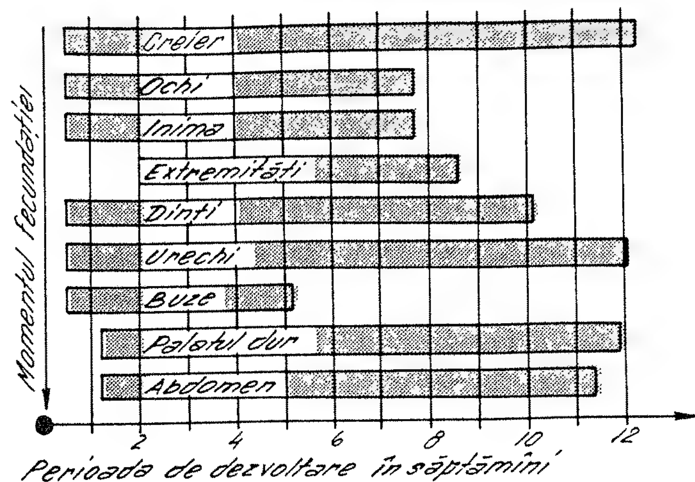


Fig. 32 — Prezentarea schematică a perioadei în care se produc diferite anomalii sau malformații (după K. Dietz).

funcție de momentul cînd s-a produs infecția rubeolică (cataractă, malformații ale inimii sau creierului, surditate, malformații dentare) (fig. 33).

Părerile sînt împărțite în ceea ce privește procentul efectelor malformative ale rubeolei (între 25% și 100%). În prezent se administrează gravidelor bolnave ser antirubeolic care se distribuie prin Inspecțiile sanitare de stat.

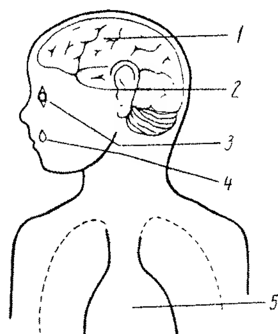


Fig. 33 — Embriopatia rubeolică.
1. leziuni cerebrale; 2. surditate; 3. leziuni oculare; 4. anomalii dentare; 5. malformații cardiace.

84. **Fetopatii.** După 3 luni de viață intrauterină, organogeneza fiind încheiată, malformațiile devin mai rare. Factorii nocivi care pot acționa asupra fătului uman sînt:

— infecții (sifilisul congenital, toxoplasmoza, listerioza, boala incluziilor citomegalice, tuberculoza și malaria);

— incompatibilitatea Rh sau de grup sanguin;

— intoxicații (oxid de carbon, alcool);

— „bridele amniotice" — sînt bride apărute pe învelișurile fetale în urma unor procese inflamatorii și care pot determina strangulări sau amputații la nivelul extremităților fătului;

— aspirația de lichid amniotic infectat (pneumonii de aspirație).

Sarcina normală

Orice femeie trebuie să fie convinsă că sarcina (starea de la fecundație pînă la naștere) este un fenomen fiziologic. La marea majoritate a femeilor, natura veghează ca sarcina să se desfășoare și să se săvîrșească fără incidente, însă este absolut necesară o supraveghere regulată și atentă, materializată prin examene clinice, de laborator și printr-o asistență competentă în momentul venirii pe lume a copilului. Medicul, moașa, sora de ocrotire, familia, tovarășii de muncă sînt datori, în același timp, să creeze o atmosferă favorabilă, care să imprime mamei calm și optimism.

În statul nostru, grija pentru ocrotirea mamei și copilului este legiferată.

Ocrotirea mamei și copilului este o problemă de stat în țara noastră.

85. **Educația sanitară.** În cadrul dispensarelor medicale, se organizează cursuri pentru viitoarele mame cu scopul de a le oferi noțiunile necesare despre anatomia, fiziologia organelor de reproducere, despre evoluția normală și complicațiile sarcinii. Inițierea medicală cu noțiuni științifice înlătură atît greșelile de apărare a sănătății mamei în devenire, cît și a copilului care este așteptat; în același timp se înlătură teama în fața necunoscutului. Cei obișnuiți cu cititul sînt datori să urmărească tot ce se scrie despre sănătate, educație, familie în general, pentru a se pregăti pentru noua situație în care se vor afla în curînd.

În timpul sarcinii organismul matern este supus la numeroase modificări cu scopul de a crea condiții optime pentru noua ființă în devenire. Nu rareori ele reprezintă o suprasolicitare importantă pentru gravidă.

86. O primă perioadă — pînă la 16 săptămîni — este **perioada de instalare a sarcinii**, în care gravida are grețuri sau vărsături (ce survin de obicei dimineața), repulsie față de anumite alimente sau dorință („poftă") imperioasă pentru altele. Unele gravide au tulburări circulatorii sau modificări psihice.

87. **În perioada de echilibru** (de bine)—de la 17 la 28 săptămîni — tulburările diminuează și/sau dispar; gravida este echilibrată psihic.

88. **Stadiul de solicitare**, începînd cu săptămîna a 29-a pînă la naștere, se caracterizează prin diminuarea capacității la efort fizic. Prin creșterea dimensiunilor fătului, organele vecine pot fi comprimate (vezica urinară, intestinul gros), iar coloana vertebrală este mult solicitată.

Modificările ce au loc în organismul matern

89. **Hormonii: a) Gonadotropina corionică** — este produsă de celulele trofoblastului la puțin timp după nidație. Rolul său este stimularea corpului galben pentru menținerea secreției de progesteron, care la rîndul lui asigură menținerea sarcinii. Gonadotropina corionică poate fi pusă în evidență în urina gravidei după 36—38 zile de la ultima menstruație, rezultînd un test imunologic sigur de diagnostic al sarcinii (testul gravimun).

b) **Progesteronul** este secretat inițial de corpul galben ovarian, apoi de către placentă. Prezența sa este indispensabilă pentru evoluția normală a

sarcinii. Printre altele, blochează contracţiile uterine şi asigură ca funcţia placentară să fie optimă.

c) **Estrogenii** sînt produşi în prima parte a sarcinii tot de corpul galben, iar după 6—7 săptămîni — de placentă. Rolul lor principal este acela de a asigura creşterea adecvată a uterului, a sînilor, dar şi a fătului.

Placenta şi fătul constituie aşa-numita *unitate fetoplacentară*, cu rol reglator în producţia de estrogeni. Dozarea hormonilor estrogeni în urina gravidei constituie un criteriu de apreciere a funcţiei placentei şi a dezvoltării fetale. Scăderea bruscă a estrogenilor urinari reprezintă un indiciu că această unitate este perturbată.

d) **Hormonul lactogen placentar uman (HPL)** influenţează creşterea fătului. Apare în serul sanguin al gravidei după 5 săptămîni de la ultima menstruaţie şi creşte paralel cu creşterea dimensiunilor placentei. Valori mici sau care prezintă o scădere bruscă au semnificaţia unui risc pentru copil (disfuncţie placentară).

e) **Oxitocina** este produsă în glanda hipofiză şi stimulează contracţia muşchiului uterin în timpul sarcinii şi naşterii. Producţia precoce a acestui hormon poate declanşa o naştere prematură. După naştere, rolul acestui hormon este de a stimula producţia de lapte şi golirea sînilor.

90. Uterul creşte prin înmulţirea şi alungirea fibrelor musculare, a vaselor de sînge şi ţesutului conjunctiv. De la greutatea de 50 g (uterul negravid) ajunge la circa 1 000 g la sfîrşitul sarcinii. Pe lîngă adăpostirea produsului de concepţie, uterului îi revine rolul de a expulza fătul prin contracţii musculare puternice în momentul naşterii.

91. La nivelul **vaginului** se produce de asemenea o creştere a numărului de fibre musculare şi o infiltrare cu lichid care asigură dilatarea corespunzătoare a canalului vaginal în momentul expulsiei (naşterii) copilului. Prin înmulţirea vaselor de sînge, mucoasa vaginală şi colul uterin capătă o culoare violacee. După primele săptămîni de sarcină apare o scurgere vaginală alb-gălbuie care persistă (spre marea neplăcere a gravidei) pînă în momentul naşterii. Această scurgere e expresia unei congestii a organelor genitale sub influenţe hormonale.

92. Sînii cresc în volum determinînd o senzaţie de tensiune şi uşoare dureri.

93. Pielea şi ţesutul adipos. a) Modificările de **pigmentare** (culoare) a pielii sînt variate. Se observă pigmentarea brună a areolelor mamare, a organelor genitale externe, a regiunii perianale şi uneori a cicatricelor postoperatorii.

La 50% din gravide apar pete pigmentare pe frunte şi nas („cloasmă"). La femeile cu tenul deschis aceste pete apar mai des decît la cele brunete. Expunerea la soare le accentuează. Acest efect, cosmetic dezagreabil, dispare după naştere.

b) Vergeturile sînt striaţii roz-violacee care apar în ultimele luni de sarcină, datorită întinderii şi lezării fibrelor elastice de sub piele, legate de factori constituţionali şi hormonali. Ele pot fi localizate în regiunea abdomenului, pe coapse, sîni sau regiunea fesieră. După naştere coloraţia lor dispare, dar modificarea pielii persistă (striuri albe-sidefii).

94. Greutatea corporală. În cursul unei sarcini normale creşterea în greutate este de 10—12 kg; e determinată de o componentă fetală

şi una maternă (fig. 34). Cantitatea totală de lichid corporal creşte, în condiţii normale, cu 7 litri. Acumularea vizibilă de lichide în exces *(edemele)* reprezintă un fenomen anormal şi trebuie semnalată medicului.

95. Inima şi circulaţia sîngelui sînt supuse unui efort suplimentar considerabil, căruia organismul îi face faţă prin adaptarea treptată a puterii de contracţie a inimii (cu fiecare bătaie a inimii este trimisă în vase o cantitate mai mare de sînge). În condiţii normale valorile tensiunii

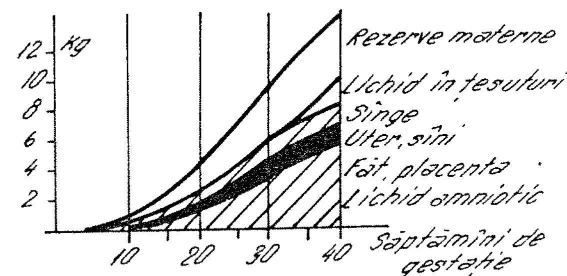


Fig. 34 — Creşterea în greutate în timpul sarcinii.

arteriale se modifică nesemnificativ. Constatarea unei hipertensiuni arteriale impune supraveghere medicală atentă.

96. Funcţia respiratorie trebuie să asigure acoperirea nevoilor crescute de oxigen. Se constată în timpul sarcinii mărirea volumului respiraţiilor.

În ultimele luni de sarcină se observă frecvent, mai ales la efort, *dispnee* (greutate la respiraţie, gîfîială), deoarece uterul mărit de volum împinge în sus diafragmul şi jenează amplitudinea mişcărilor plămînului.

97. Modificările sanguine. Cantitatea (volumul) totală de sînge (normal 5 litri) creşte în timpul sarcinii cu aproximativ 500—1 000 ml. Aceasta se realizează în special printr-un efect de diluare (acumulare de lichid) care este urmat de scăderea numărului de globule sanguine (în special globulele roşii, eritrocite). Se ştie că în eritrocite se găseşte pigmentul *hemoglobină (Hb)* care asigură transportul oxigenului (indispensabil pentru „respiraţia" ţesuturilor) şi al bioxidului de carbon (rezultat din „arderile" ce au loc în diferitele procese metabolice). În mod mormal concentraţia Hb în sîngele femeii este de 14±2 g%. În cursul sarcinii se produce — la 70% din gravide — scăderea valorilor Hb *(anemie)*. Tratamentul cu medicamente pe bază de fier, recomandat de medic în asemenea situaţii, trebuie respectat cu rigurozitate.

În cursul sarcinii se mai remarcă creşterea coagulabilităţii sîngelui, scăderea tendinţei la hemoragii.

98. Funcţia renală este amplificată în timpul sarcinii. Eliminarea unor cantităţi *mici* de albumină şi glucoză la sfîrşitul sarcinii este normală.

Supravegherea femeii gravide

În general absenţa menstruaţiei face să se bănuiască că în urmă cu 2 săptămîni a avut loc fecundaţia. Puţin după aceasta se instalează alte semne care întăresc această supoziţie. Modificările legate de sarcină sînt bine definite dar variate şi prezintă adesea un caracter special pentru fiecare femeie.

Orice femeie gravidă este datoare să se prezinte la examenul medical pentru confirmarea diagnosticului și pentru a fi luată în evidență și urmărită competent periodic pe toată durata celor 9 luni de sarcină. În cazul unei sarcini „cu risc" se vor lua măsuri speciale (evidență specială).

99. Semne de sarcină. Pentru ca orice femeie să fie informată asupra semnelor care confirmă o sarcină vom prezenta mai jos criteriile de diagnostic.

Tabelul 2.1.

Diagnosticul de sarcină

Semne nesigure	*Semne sigure*
— absența menstruației	— măsurarea temperaturii bazale
— vărsături matinale	— teste specifice de sarcină
— modificări ale apetitului	— mișcările fetale
— mărirea de volum și scăderea consistenței uterului	— palparea unor părți ale fătului
— mărirea de volum a abdomenului	— ascultarea bătăilor inimii fetale
— vergeturi	— evidențierea structurilor fetale prin echografie
	— înregistrarea activității cardiace fetale prin ECG.

Din tabel rezultă că o parte din semnele incerte de sarcină pot fi sesizate de însăși femeia gravidă. O mențiune specială am vrea să facem privitor la *absența menstruației* care *nu e întotdeauna semnificativă pentru o sarcină.* Ea poate fi determinată și de o tulburare hormonală, o boală debilitantă sau de o traumă psihică puternică. Cînd absența menstruației este datorită altor cauze, ea poate fi declanșată uneori cu preparate hormonale.

În sarcina incipientă, menstruația nu poate fi provocată cu ajutorul unor medicamente. Chiar din momentul nidației medicamentele nu pot declanșa menstruația.

Tentativele de avort cu diferite droguri (chinină, preparate hormonale, extracte sau „ceaiuri" de plante etc.) sau manevre mecanice locale duc foarte frecvent la apariția malformațiilor la copil sau la zdruncinarea sănătății femeii (perforarea uterului, lezarea ficatului, rinichiului, sterilitate definitivă etc.).

În timpul sarcinii nu mai apare nici o menstruație. Se știe că menstruația este expresia sîngerării periodice a unui uter negravid. Totuși în primele luni de sarcină pot surveni sîngerări foarte mici în jurul datelor probabile ale menstruației („false menstruații") fără semnificație patologică.

Ulterior orice sîngerare din timpul sarcinii trebuie considerată patologică. De multe ori este primul semn pentru un avort iminent.

Măsurarea temperaturii bazale, efectuată corect, poate fi considerată o metodă fidelă pentru constatarea sarcinii. Menținerea temperaturii bazale ridicate mai mult de 16 zile este primul semn sigur al unei sarcini foarte mici. Această cunoaștere timpurie este utilă pentru gravidă în vederea evitării unor factori nocivi ce ar putea acționa asupra dezvoltării produsului de concepție (medicamente, vaccinări antivirale, expunerea la raze Roentgen etc.). Figura 35 ilustrează instalarea în timp a semnelor de sarcină.

100. Existența sarcinii trebuie constatată de medic. La 6—8 săptămîni de la dispariția menstruației, femeia este datoare să meargă la medicul obstetrician, singurul în măsură să confirme existența sarcinii. Acesta va face un examen amănunțit al întregului organism și îndeosebi al organelor genitale. În continuare, controalele regulate vor oferi prile-

jul medicului să dea sfaturile necesare și să verifice dacă sarcina evoluează normal.

101. Consultațiile prenatale au scopul de a asigura:
— desfășurarea sarcinii în condiții fiziologice;
— desfășurarea fără complicații a nașterii și lăuziei;
— dezvoltarea unui făt sănătos.

Prima condiție pentru atingerea acestor deziderate este depistarea precoce și luarea în evidență a gravidei încă din primele săptămîni de sarcină.

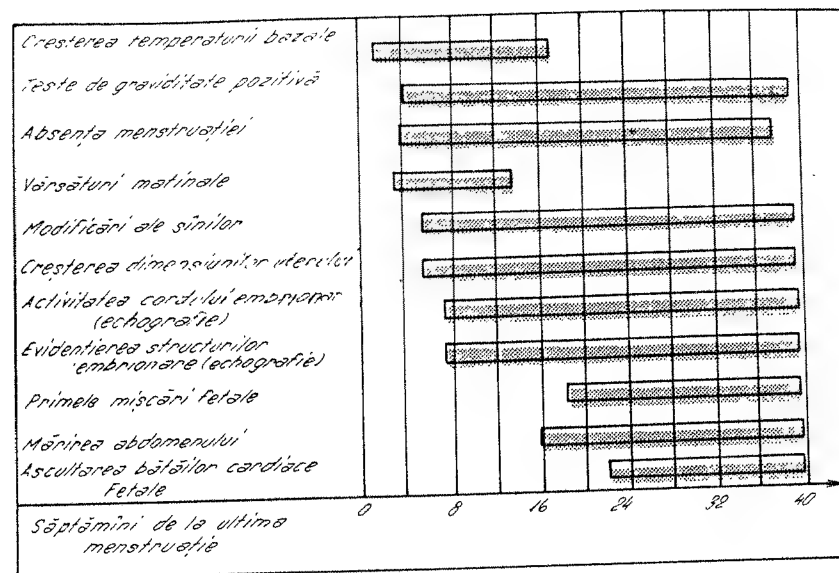


Fig. 35 — Instalarea în timp a semnelor de sarcină.

La asistența gravidei participă: medicul de întreprindere (sau, în lipsa acestuia, medicul de dispensar teritorial), obstetricianul, alți specialiști interesați, moașa, iar în ultimele luni de sarcină — sora de ocrotire.

Reușita acestei munci medicale colective depinde în mare măsură de colaborarea conștientă a gravidei.

102. Depistarea și luarea în evidență realizează cunoașterea gravidei în tot contextul ei social și biologic, favorabil sau defavorabil sarcinii.

Luarea în evidență constă din întocmirea fișei gravidei, care cuprinde, pe lîngă datele personale, biologice, sociale, și fenomenele fiziologice sau tulburările legate de sarcină. Pe parcurs se consemnează rezultatele examenelor periodice, consulturile cu diferiți specialiști, datele de laborator, măsurile luate și concluziile de etapă.

Ritmul de vizite la sarcina normală este: lunar între luna a III-a și a VI-a; bilunar în lunile a VII-a—a VIII-a și săptămînal în luna a IX-a. La sarcina „cu risc" se crește frecvența.

La fiecare consultație a gravidei se vor nota: greutatea corporală, tensiunea arterială, examenul de urină, mărimea uterului.

103. Antecedentele gravidei. Orice femeie însărcinată este datoare să spună medicului toate datele în legătură cu sănătatea sa şi a familiei sale:

a) **În legătură cu familia:** tuberculoză, diabet, sarcini gemelare, avorturi repetate, sifilis, malformaţii;

b) **antecedente personale:** avorturi spontane sau provocate, mijloace abortive folosite, infecţii urinare sau genitale, cum s-au desfăşurat sarcinile anterioare, traumatisme ale bazinului, intervenţii chirurgicale, boli de inimă, de ficat sau de rinichi, boli alergice, boli psihice, intoleranţă la unele medicamente, utilizarea unor toxice: tutun, narcotice, amănunte în legătură cu condiţiile de locuit şi de muncă.

104. Examenul medical. Medicul va efectua *măsurătorile bazinului* (pelvimetria), pentru a putea să stabilească, în caz că acestea sînt necorespunzătoare, atitudinea ce urmează să fie adoptată la naştere. Pelvimetria externă stabileşte diametrele externe ale bazinului osos (fig. 36).

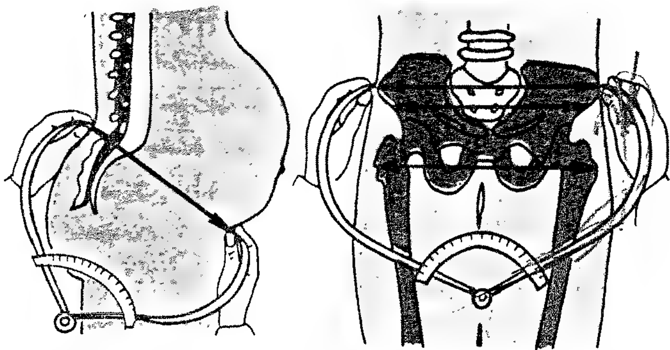


Fig. 36 — Pelvimetria externă se efectuează cu ajutorul unui compas special.

Pelvimetria internă se practică prin tuşeu vaginal, stabilind diametrul antero-posterior superior şi inferior al micului bazin. Se notează eventuale anomalii osoase sau ale părţilor moi din această regiune.

De asemenea, medicul va controla *funcţiile generale ale organismului* femeii însărcinate. Dezvoltarea fătului necesită un mare aport de energie, iar organele de reproducere şi întreg organismul femeii trebuie să se adapteze la obligaţii noi. Este vorba, deci, de o hiperfuncţie a organismului supus unui efort suplimentar, la care pot face faţă numai nişte organe sănătoase. Din aceste motive este indicat printre altele, ca prima sarcină să fie purtată în tinereţe, avînd în vedere că un organism tînăr poate suporta, fără prejudicii pentru el, tansformări dintre cele mai importante. Orice sarcină ulterioară implică, de asemenea, mari solicitări şi, pe bună dreptate, s-a spus că fiecare copil pune la contribuţie şi utilizează în parte cele mai bune resurse ale mamei sale.

105. Examenul genital trebuie efectuat la orice gravidă de către medicul obstetrician. Nu există nici o metodă de investigaţie care să suplinească examenul local. Prin el medicul poate descoperi anomalii ale uterului, trompelor, ovarelor sau ale bazinului. De asemenea constată starea

colului uterin. Deschiderea intempestivă a colului impune anumite măsuri terapeutice.

106. Examene de laborator. La luarea în evidenţă a gravidei şi în luna a VI-a se efectuează R.B.W. De asemenea, în cursul sarcinii se practică examenul secreţiei vaginale (Papanicolau, examenul pentru *Trichomonas vaginalis* etc.). În urma constatărilor de la examenul obiectiv medical şi a relatărilor femeii, medicul poate indica unele examene suplimentare de laborator: *examenul urinii, hemograma, controlul periodic al tensiunii arteriale, electrocardiograma* la femeile cu boală de inimă, *determinarea grupului sanguin şi a factorului Rh, titrul anticorpilor, glicemia sau proba de încărcare cu glucoză* (în caz de suspiciune de diabet), *examene biochimice* (în cazul unor boli de ficat sau de rinichi) etc.

Pentru prevenirea tetanosului (la mamă şi la copil), în luna a VI-a se efectuează *vaccinarea* (sau revaccinarea) *antitetanică*.

Examenul radiologic este folosit în prezent numai în cazuri speciale, de strictă necesitate şi numai în trimestrul al III-lea de sarcină, pentru stabilirea dimensiunilor şi conformaţiei bazinului, poziţia fătului, diagnosticul de sarcină gemelară.

107. O serie de **investigaţii moderne** vin astăzi în ajutorul medicului pentru urmărirea evoluţiei sarcinii şi diagnosticul intrauterin al unor anomalii sau suferinţe fetale.

a) **Echografia** foloseşte ultrasunetele (unde sonore situate în afara limitelor de percepţie ale urechii omului) care sînt reflectate diferenţiat de diferitele structuri anatomice; aceste structuri şi mişcările lor devin vizibile pe un ecran.

Investigaţia este foarte fidelă şi total nedăunătoare atît pentru mamă, cît şi pentru copil. Posibilităţile multiple de diagnostic prin această metodă (aplicabilă din săptămîna a 8-a — a 9-a de sarcină) pot fi enumerate astfel: ritmul de creştere al uterului şi fătului; evidenţierea mişcărilor fetale şi a activităţii inimii fătului; poziţia fătului; sarcina gemelară (multiplă) după 12 săptămîni de gestaţie; infirmarea unor malformaţii grosolane; localizarea placentei; aprecierea dimensiunilor bazinului gravidei; stabilirea cantităţii lichidului amniotic.

b) **Amnioscopia** apreciază cantitatea şi culoarea lichidului amniotic. Ea se practică, dacă este necesară, spre sfîrşitul sarcinii, cînd colul uterin este

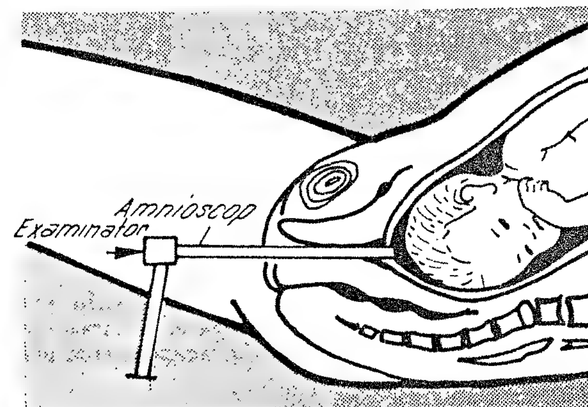


Fig. 37 — Amnioscopia la sfîrşitul sarcinii.

deja uşor intredeschis, permiţînd introducerea, pe cale vaginală, a amnioscopului (o tijă metalică prevăzută la capăt cu o sursă de lumină) pînă la nivelul membranei amniotice (punga apelor) (fig. 37). În mod normal lichidul amniotic este limpede, incolor. În cazul unor suferinţe fetale (oxigenare insuficientă, imunizare anti-Rh), lichidul capătă o culoare gălbuie sau brun-verzuie. Lichidul poate fi în cantitate mai mică *(oligoamnios)* sau mai mare decît normal *(hidramnios)*.

c) **Cardiotocografia** este aplicarea la făt a metodei de înregistrare a activităţii electrice a inimii (ECG), concomitent cu contracţiile uterine. Din această înregistrare simultană este posibilă constatarea precoce a unei eventuale suferinţe fetale în cursul travaliului şi intervenţia medicală înainte de a se produce leziuni ale fătului. Aplicarea acestei metode este indicată în sarcinile „cu risc", cunoscute din urmărirea atentă a gravidei.

Durata sarcinii

108. Durata sarcinii este de 280 zile sau de 40 de săptămîni. Aceasta reprezintă aproximativ 9 luni calendaristice sau 10 luni lunare de 28 zile. Variaţii de cîteva zile în plus sau minus sînt normale (280±10 zile). În general, nu se cunoaşte momentul exact al fecundaţiei. În aceste condiţii, în loc să se calculeze vîrsta concepţională, adică timpul scurs între concepţie şi naştere, *se calculează vîrsta gestaţională (după timpul scurs, în zile sau săptămîni, de la prima zi a ultimei menstruaţii).*

Se menţionează ca repere:
- *28 de săptămîni corespund unei sarcini de 6 luni;*
- *32 de săptămîni corespund unei sarcini de 7 luni;*
- *34 de săptămîni corespund unei sarcini de 7 luni şi jumătate;*
- *36 de săptămîni corespund unei sarcini de 8 luni.*

Se socoteşte naştere pretermen naşterea care survine între 28 şi 37 de săptămîni şi naştere posttermen aceea care survine după 42 săptămîni de gestaţie.

109. Calcularea datei probabile a naşterii se va face deci, cel mai frecvent pornind de la prima zi a ultimei menstruaţii:

Termenul probabil = prima zi a ultimei menstruaţii + 10 zile — 3 luni calendaristice. Exemplu: (15 mai 1982 + 10 zile = 25 mai — 3 luni = 25 februarie, 1983).

Se are în vedere că lunile calendaristice nu sînt toate egale şi că există variaţii de cîteva zile în ciclul menstrual.

În cazul în care, prin măsurarea temperaturii bazale a fost surprins momentul ovulaţiei:

Data probabilă a naşterii = ziua ovulaţiei + 267 zile

110. Mişcările fetale reprezintă un factor în plus pentru confirmarea sau corectarea termenului naşterii. La primipare[1] primele mişcări ale fătului sînt percepute la 20—22 săptămîni; multiparele[2] le percep ceva mai devreme — la 18 săptămîni. Iniţial ele pot fi confundate cu mişcările anselor intestinale.

Fiecare copil îşi are ritmul său propriu de mişcare. În intervalul de la 29 la 38 săptămîni sînt foarte vii, apoi diminuează. Notarea zilnică de către gravidă a mişcărilor fetale poate contribui la recunoaşterea precoce a unor

[1] femei care nasc prima oară = primipare.
[2] femei care au mai născut cel puţin o dată.

situaţii de risc (mai puţin de 20 mişcări în 12 ore). La mai puţin de 5 mişcări sau la încetarea lor totală gravida va merge de urgenţă la medic.

111. Mărirea de volum a abdomenului devine vizibilă de regulă după 3 luni şi este în strînsă dependenţă de tipul constituţional al gravidei, de cantitatea de lichid, de poziţia fătului în uter şi de numărul sarcinilor anterioare.

La primipare abdomenul este adesea „ascuţit", la multipare tinde să atîrne în jos.

Circumferinţa abdomenului la termen (40 săptămîni) este de circa 100—105 cm. Cifrele absolute sînt mai puţin importante decît creşterea continuă la măsurători repetate (se vor face întotdeauna la aceleaşi repere).

112. Dimensiunile uterului. Cînd sarcina este destul de avansată, vîrsta fătului se poate stabili cu aproximaţie după înălţimea fundului uterului:
- atinge regiunea ombilicală în cursul celei de a 24-a săptămîni de sarcină;
- ajunge la marginea inferioară a arcului costal în săptămîna a 36-a;
- în a 40-a săptămînă se găseşte la egală distanţă între ombilic şi extremitatea inferioară a sternului.

Aşadar cu 4 săptămîni înainte de naştere uterul atinge nivelul cel mai ridicat. În luna a 9-a fătul coboară şi abdomenul pare ceva mai mic (fig. 38).

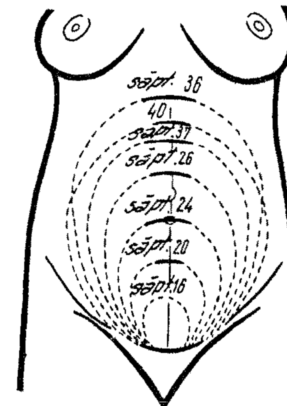


Fig. 38 — Dimensiunile uterului în timpul sarcinii.

113. Coborîrea abdomenului. Cînd capul fătului coboară în micul bazin, se remarcă o micşorare a abdomenului, prin coborîrea fundului uterin. La prima sarcină acest fenomen se produce cu trei săptămîni înainte de naştere; la sarcinile următoare are loc abia la începutul naşterii şi este perceput ca o senzaţie uşor dureroasă. De obicei, gravida sesizează acest lucru prin faptul că respiră mai uşor şi abdomenul nu mai este atît de „sus situat". În plus apare o senzaţie de apăsare în bazin, iar mersul este mai greu. De asemenea, femeia urinează mai des.

114. Se poate aprecia dinainte dacă naşterea va fi uşoară sau grea? Medicul obstetrician poate stabili numai dacă bazinul este de dimensiuni normale, dacă există vreo anomalie a căilor genitale şi dacă fătul are o „prezentaţie" bună.

Nu se poate preciza dinainte dacă mama va avea contracţii bune sau necorespunzătoare. Cu ajutorul unor contracţii bune, puternice, naşterea se va desfăşura normal. Chiar şi un făt mare poate străbate un bazin de mărime mijlocie, fără a suferi şi fără a produce leziuni mamei.

Rolul sorei de ocrotire în perioada prenatală

115. Programarea vizitelor. Din luna a VII-a, lîngă medicul obstetrician, medicul de circumscripţie şi moaşă, în asistenţa gravidei se alătură sora de ocrotire, care este obligată să efectueze cel puţin o vizită lunară, pînă la naşterea copilului. Dacă se ivesc probleme medico-sociale

deosebite, vizitele pot fi mai numeroase. În caz de nașteri premature, sora de ocrotire este obligată să viziteze (1—3 ori) familia lăuzei, pentru a organiza pregătirile pentru primirea în condiții corespunzătoare a lăuzei și a nou-născutului.

În timpul cînd mama este în maternitate, sora de ocrotire se interesează la spital de felul cum a decurs nașterea, de starea de sănătate a mamei și a copilului și, în același timp, asigură legătura cu familia.

În cazul în care în familie au apărut boli infecto-contagioase care ar pune în pericol viața copilului (gripă, dizenterie, tuse convulsivă, tuberculoză evolutivă etc.), este anunțată maternitatea și se amînă externarea copilului și a mamei.

Urmărirea și îndrumarea eficientă a gravidelor, folosirea — conform prevederilor legale — a concediului prenatal (cu 52 de zile înainte de naștere) și internarea la timp în maternitate sînt factori care au o influență covîrșitoare asupra morbidității și mortalității infantile în general și asupra profilaxiei prematurității în special.

116. Conținutul activității sorei de ocrotire în timpul sarcinii. Scopul activității sorei de ocrotire este de a feri pe viitoarea mamă și pe copil de primejdiile la care sînt expuși printr-un mod de viață necorespunzător și printr-o alimentație greșită. Numeroase îmbolnăviri pot fi evitate (sau efectele lor diminuate) dacă se iau la timp unele măsuri preventive. Sora de ocrotire trebuie să indice metodele cele mai bune într-un limbaj accesibil, în funcție de studiile mamei, de starea economico-socială a familiei și de condițiile particulare ale fiecărui cuplu.

Sora de ocrotire are datoria să cunoască și să completeze educația sanitară a viitoarei mame. Încă de la prima convorbire, avînd grijă să menajeze toate sensibilitățile mamei, va căuta să-i cunoască particularitățile de ordin material și social:

— venitul lunar;
— condițiile de locuit, specificul locului de muncă;
— dacă este căsătorită legitim;
— dacă viața familială se desfășoară armonios;
— gradul de instruire al mamei și profilul ei psiho-social;
— dacă mama și tata doresc copilul (element esențial de cunoscut pentru organizarea protecției viitorului copil).

Acolo unde această anchetă evidențiază condiții nefavorabile, sora de ocrotire va încerca — dacă este posibil — să le rezolve cel puțin în parte. La nevoie va anunța serviciul de prevederi sociale, care va da mamei îndrumările necesare pentru obținerea sprijinului legal (mame părăsite, mame care fac parte din familii ce le reneagă etc.) sau în vederea ocrotirii copilului (la leagăn, înfiere etc.).

Dacă, în cadrul profesiunii, condițiile de lucru, prin specificul muncii, pot influența negativ sănătatea gravidei sau evoluția sarcinii (statul prelungit în picioare, mediu toxic, muncă de noapte, eforturi fizice exagerate, microtraumatisme), se va lua legătura cu instituția, pentru schimbarea locului de muncă. Femeile care lucrează în întreprinderi industriale în care există emanații toxice (fabrici de substanțe insecto-fungicide, fabrici de cauciuc, tipografii, fabrici de coloranți, unele secții ale fabricilor de încălțăminte sau de textile), în laboratoare cu manipulare de substanțe toxice, în secțiile de boli infecțioase ale spitalelor, femeile conducători auto sau conducători de tramvaie etc. vor trebui schimbate din aceste munci, care influențează nefavorabil dezvoltarea fătului. Sportivele pot continua exercițiile fizice obișnuite,

interzicîndu-se activitatea de competiție, precum și toate sporturile care cer eforturi deosebite: înotul, alpinismul, alergările, schiul, patinajul, săriturile. *În ultimele luni de sarcină se interzic plaja și băile în mare sau la ștranduri.* În schimb, în afară de cazurile în care gravida prezintă pierderi de sînge sau contracții uterine, plimbările pe jos și exercițiile ușoare de gimnastică se continuă zilnic pînă la naștere.

Sora de ocrotire instruiește părinții cu privire la îngrijirea și creșterea copilului. Se face planul de procurare a trusoului copilului și a mobilierului necesar. Multe familii, din superstiție, refuză să înceapă procurarea obiectelor necesare înainte de naștere; sora de ocrotire va încerca totuși să convingă gravida să confecționeze singură o parte din obiectele de lenjerie (recomandabil, de culoare albă). Procurarea mobilierului poate fi, eventual, începută în timpul cît gravida este la maternitate și completată cînd copilul a fost adus în familie.

Începînd din luna a IX-a, cînd, teoretic, nașterea poate surveni oricînd, gravida va fi învățată să-și pregătească din timp o sacoșă cu obiecte necesare pe timpul internării: prosoape curate, săpun de toaletă, pastă și perie de dinți, pieptene și perie pentru păr, batiste, o cană, o linguriță, zahăr, eventual cîteva lămîi, iar pentru cele care au deprinderea, cîteva cărți de citit.

Igiena sarcinii

117. Dezbaterea problemelor de igienă a sarcinii se face în cadrul consultațiilor prenatale și cu ocazia vizitelor la domiciliu ale moașei și sorei de ocrotire.

Convorbirile vor fi purtate asupra următoarelor probleme: modul general de comportare, alimentația, combaterea constipației, curățenia și îngrijirea corpului, îmbrăcămintea, viața sexuală, igiena psihică etc.

118. Alimentația. Înainte de a se naște, copilul depinde exclusiv de alimentația mamei, așa că regimul alimentar al gravidei joacă un rol foarte important. Deoarece organismul mamei asigură cu prioritate nutriția fătului, o mamă care se subalimentează va împiedica dezvoltarea fătului; în același timp ea va slăbi, se va anemia și va deveni inaptă să facă față solicitărilor legate de actul nașterii, de alăptare și de îngrijirea copilului. Un regim alimentar sărac primejduiește ambele vieți. De aceea se indică o alimentație variată, bogată, ușor de asimilat. Regimul alimentar al gravidei nu diferă în general de cel dinaintea sarcinii, ci va fi doar ușor îmbogățit. Se recomandă o alimentație echilibrată, care să conțină toate principiile alimentare: proteine, glucide și grăsimi, vitamine și săruri minerale. Se contraindică excesele alimentare, care duc la creșterea exagerată în greutate. Femeile cu tendință la obezitate vor fi sfătuite ca în cursul gravidității să reducă consumul de grăsimi, dulciuri, făinoase. În timpul sarcinii, femeia crește în greutate cu aproximativ 10 kg, adică în medie 1 kg pe lună sau 250 g pe săptămînă. Un adaos mai mare în greutate supune organismul la un efort suplimentar și stînjenește însuși actul nașterii. În plus, după naștere, revenirea la greutatea inițială se face foarte greu. Componentele rației alimentare vor fi:

a) Proteinele. În timp ce calciul și fosforul formează cadrul de susținere (scheletul) pentru organismul fătului, proteinele furnizează materialul de construcție pentru țesuturile și organele sale. Rația normală de proteine la femeia însărcinată se ridică la 72 g pe zi (cu 50% mai mult decît în mod obișnuit). În același timp este util să se țină seama și de valoarea biologică

a substanțelor proteice: proteinele de origine animală avînd o valoare biologică mai ridicată, mai mult de jumătate din nevoile de proteine ar trebui să fie acoperite de proteinele de origine animală. Rația normală de proteine nu trebuie depășită însă de femeia însărcinată, deoarece apare primejdia încărcării organismului cu produsele lor de degradare (de exemplu: uree, acid uric etc.).

Proteinele de origine animală se găsesc în: carne, ouă, lapte, brînză și pește. Necesarul zilnic se asigură prin consumul a 125—150 g carne, un ou și 500 ml lapte sau produse lactate (iaurt, brînză proaspătă de vacă etc.). Se vor evita brînzeturile grase sau sărate (telemeaua de oi, brînza de burduf etc.). Se va prefera carnea slabă (găină, pui, curcan, vită, vițel, oaie, porc), evitîndu-se carnea grasă și preparatele condimentate de carne. Carnea și ouăle sînt sursele cele mai bogate în proteine și sînt practic egale ca valoare. Ouăle sînt de asemenea bogate în fier și vitamine. În cazul că gravida nu prezintă alergie la ouă, va mînca un ou pe zi. În zilele în care nu consumă carne, se va mări cantitatea de lapte și produse lactate.

Proteinele de origine vegetală. Deși cu valoare biologică inferioară, nu trebuie să se subaprecieze utilitatea proteinelor de origine vegetală în alimentația femeii gravide. În natură, proteinele vegetale se întîlnesc în asociere cu vitaminele și substanțele minerale, care sînt de importanță deosebită pentru organismul femeii însărcinate. Din acest motiv, pîinea integrală și produsele de cereale complete sînt preferabile produselor din cereale cernute foarte fin. De asemenea cartofii și legumele (fasolea, mazărea) aduc organismului proteine, vitamine și săruri minerale în proporții zise „biologice".

Dacă nu se acoperă necesarul de proteine în timpul sarcinii, femeia se va simți obosită, iar deficitul marcat de proteine poate duce la anemie, leziuni hepatice și edeme.

b. Grăsimile. La femeia însărcinată, funcțiile hepatice sînt mult solicitate, iar o supraîncărcare a lor poate provoca tulburări. La femeia neînsărcinată, rația normală de grăsimi este de 57 g pe zi; această rație nu trebuie depășită în perioada de graviditate. În plus, se va veghea ca nevoile de lipide să fie acoperite cu grăsimi de valoare biologică mare (unt, ulei de măslîne, floarea soarelui, de porumb, de soia, alte uleiuri vegetale). Se vor evita mîncărurile prea grase, untura, slănina.

c. Hidrocarbonatele (glucidele). În acest grup intră: pîinea, cartofii, toate cerealele și dulciurile. Nevoile suplimentare de calorii ale gravidei se acoperă prin hidrați de carbon, care solicită cel mai puțin metabolismul. Nevoile de hidrocarbonate se apreciază la 390 g/zi. Se indică să nu se folosească glucide rafinate (zahărul, făina albă de patiserie), ci să se prefere hidrocarbonatele care conțin vitamine și săruri minerale (fructe și zarzavaturi proaspete).

d. Vitaminele. În timpul sarcinii cerințele de vitamine cresc. Un regim variat, care cuprinde din abundență zarzavaturi și fructe proaspete, acoperă în general nevoile de vitamine, chiar la femeia gravidă. Trebuie vegheat ca:

— prin tehnicile culinare să nu se distrugă unele vitamine (de pildă, vitamina C);
— să se folosească grăsimi care conțin vitamine (untul);
— activitatea intestinală să fie normală.

În timpul iernii, alimentele conțin mai puține vitamine așa încît este necesar ca medicul să prescrie preparate industriale de vitamine: fie produse cu multivitamine, fie vitamine izolate.

Vitamina A. Lipsa ei predispune organismul gravidei la avort spontan, scăderea vederii, leziuni oculare și ale pielii. Această vitamină se găsește în

cantități suficiente în untura de pește, ficat, gălbenuș de ou, lapte, morcov, spanac, ceapă verde, roșii, salată, mărar etc. Administrarea sub formă medicamentoasă se face numai la recomandarea medicului.

Vitaminele din grupul B sînt absolut necesare gravidei și fătului. Lipsa lor determină oboseală, dureri ale extremităților, dispariția poftei de mîncare, edeme. Ele se află în cantități mari în pîinea neagră, în drojdia de bere, ficat, carnea slabă de porc, carnea de vacă și de pasăre, ouă, fulgi de ovăz, spanac etc. La nevoie se pot administra sub formă de preparate medicamentoase (Electovit, tablete de vitamina B_1, Complex B forte, fiole de B complex, B_6 etc.).

Vitamina C mărește rezistența organismului la infecții, favorizează absorbția intestinală, reduce permeabilitatea vasculară. Lipsa ei poate provoca oboseală, pierderi de sînge, avorturi sau nașteri premature. Vitamina C se găsește în toate fructele și zarzavaturile proaspete. Prin fierbere se distruge în mare parte. În timpul lunilor de iarnă și de primăvară, cînd lipsesc fructele și zarzavaturile proaspete, este indicat consumul de lămîi și portocale. În lipsa lor, gravida va lua zilnic cîte 2—3 tablete de vitamina C_{200}.

Vitamina D se găsește în untura de pește și, în cantități foarte mici, în unt, ficat, gălbenuș de ou. Prin influența razelor ultraviolete solare asupra pielii, organismul uman își sintetizează singur cantitatea necesară de vitamină D, care are un rol important în metabolismul calciului, la mamă și la făt. Administrarea de preparate de vitamină D este necesară, dar se va face strict sub supravegherea medicului, întrucît s-au descris accidente la făt prin supradozarea vitaminei D la mamă.

Vitamina E se găsește în legume verzi, cereale, zarzavaturi, lapte. Contribuie la buna dezvoltare și păstrarea sarcinii, precum și la menținerea unei bune circulații în vasele capilare. Administrarea sub formă medicamentoasă se face numai la indicația medicului obstetrician.

e) Sărurile minerale ocupă un loc important în alimentația gravidei. Un regim alimentar adecvat trebuie să conțină o cantitate optimă de substanțe minerale. Aportul exagerat de *sare*, mai ales în ultimele luni de sarcină, favorizează apariția edemelor. Din acest motiv, gravida va restrînge consumul de sare. Pe de altă parte, în cazul unei alimentații exagerat de săracă în sare, continuată timp îndelungat, pot să apară și fenomene de lipsă de sare, care duc la pierderea de lichide, uneori chiar la vărsături.

În ultimele 3 luni de sarcină, organismul are tendința să rețină mai multă apă. De aceea se recomandă scăderea cantității de sare din alimentație. Dacă retenția de apă este mare și apar edeme ale gambelor — în cazurile mai grave și edeme ale peretelui abdominal, ale feței și membrelor superioare —, se suprimă orice aport de sare, iar gravida trebuie să meargă la control medical, pentru precizarea cauzei edemelor și pentru a primi indicații de tratament.

Calciul și fosforul. Gravida are nevoie de cantități crescute de calciu, pentru propriul metabolism, pentru elaborarea scheletului copilului și pentru constituirea unor rezerve necesare în perioada de alăptare. Necesarul de calciu și fosfor se acoperă cel mai bine prin lapte și derivate lactate (iaurt, brînzeturi), în care acestea se găsesc sub o formă ușor de asimilat. Necesarul zilnic este satisfăcut printr-o cantitate de 500 ml lapte în plus față de normal. Dacă, dintr-un motiv oarecare, gravida nu primește cantități suficiente de lapte sau brînză de vacă, se recomandă un preparat de calciu din comerț (Cedecalcin, lactat de calciu, Clorocalcin sau gluconat de calciu — tablete sau fiole). Pentru profilaxia cariilor dentare, unii autori recomandă, alături

de consumul de lapte, unele vitamine (C, D) și preparate cu fluor (în cantitate de 1 mg/zi).

Fierul. Cantitatea de fier necesară femeii gravide este mult sporită în ultimele luni de sarcină. Fierul este necesar pentru sinteza hemoglobinei.

Tulburările în metabolismul fierului sau un aport scăzut constituie de multe ori cauza anemiilor la gravidă și la făt. Fătul depune în ficatul său o mare cantitate de fier, pe care o ia din sîngele mamei. De aceea, pe lîngă fierul luat din alimente (ficat, carne, ouă, cartofi, piersici, salată, fulgi de ovăz), se vor administra — la recomandarea medicului — preparate de fier. Acest tratament este indicat îndeosebi în cazul pierderilor de sînge din cursul sarcinii (care duc aproape totdeauna la anemia gravidei), la multipare și la femeile cu anemie preexistentă sarcinii.

f) Apa. Cantitatea de lichide consumată de gravidă nu trebuie să depășească rația normală a femeii neînsărcinate. Dacă în ultimele luni de sarcină apar fenomene de inbibiție a țesuturilor, sub formă de edeme, este necesar să se reducă aportul de lichide la 600—1 000 ml/zi. Pentru gravidele sănătoase este suficientă indicația de a limita — în ultimele luni ale sarcinii — aportul de lichide și de a nu da curs liber senzației de sete.

119. Ceaiul și cafeaua se pot consuma cu moderație. Dintre *băuturile alcoolice*, vinul de bună calitate și berea pot fi consumate în cantități mici. Se va evita vinul roșu, din cauza efectului său constipant.

120. Fumatul trebuie exclus complet în cursul sarcinii și lăuziei, în interesul copilului. Frecvența nașterilor premature este net crescută la marile fumătoare. Dacă fumatul nu se poate opri complet, se va reduce la minimum numărul de țigări fumate zilnic.

121. Ce alimente sînt contraindicate? Se vor evita alimentele bogate în grăsimi, zahăr și amidon ca: slănina, maioneza, carnea grasă, cartofii prăjiți, excesul de macaroane sau orez; fasolea, mazărea uscată; prăjiturile, înghețata; zahărul candel; floricelele, nucile, alunele. Nu se va consuma pește sărat, iar sarea se va reduce în general.

122. Ce alimente trebuie să fie prezente în fiecare zi în alimentația gravidei?

— 1/4 — 1/2 litru lapte (sau echivalentul său în lapte praf sau brînză);
— vegetale,
— fructe,
— carne sau pește,
— cel puțin un ou,
— cereale integrale.

De asemenea gravida va primi la indicația medicului vitamina D, și eventual, un preparat de polivitamine.

În rezumat, femeia gravidă va primi o alimentație echilibrată, cu un conținut bogat în vitamine și fier. Grăsimile și proteinele nu vor depăși rația normală, iar dintre hidrații de carbon se vor alege cei cu valoare biologică mare. Se vor evita dulciurile, produsele de patiserie, ciocolata și bomboanele. Se recomandă regimurile bogate în substanțe zise „de lest", adică acelea care conțin din abundență celuloză (fructe, zarzavaturi crude și pîine integrală), pentru stimularea peristaltismului intestinal.

123. Alimentarea gravidei poate fi stînjenită în primele luni de sarcină de gusturi anormale, lipsa poftei de mîncare, grețuri și vărsături. Nesatisfacerea *„poftelor"* nu prejudiciază fătul și nici nu duce la avort. *Vărsătura matinală (de dimineață)* se combate cel mai eficace prin luarea micului dejun în pat sau prin culcarea înapoi în pat imediat după aceasta, pentru a exclude pe cît posibil orice excitații ale sistemului nervos. Pentru a ameliora gustul alimentelor se va recurge la borș, lămîie și la arome culinare; ardeiul și piperul sînt însă interzise. La unele gravide, odată cu evoluția sarcinii, se instalează un apetit crescut, căruia i se asociază cu timpul și o sete puternică. Viitoarea mamă trebuie să se sature, dar nu să mănînce „pentru doi". Foamea și setea pot fi combătute prin ingerarea de salate și fructe proaspete.

În caz de subalimentație, carențele ating mai întîi pe mamă și numai în cazuri grave pot afecta și copilul, deoarece acesta din urmă este, de fapt, „primul servit". Anemia, obezitatea, cariile dentare, decalcifierile, oboseala, lipsa apetitului, care apar în timpul sarcinii, sînt de obicei manifestări ale unei alimentații defectuoase.

124. Combaterea constipației. În timpul sarcinii, la multe femei apare o tendință la constipație, care generează o stare de neplăcere temporară. Pentru a o combate, se vor consuma de preferință legume și vegetale crude, fructe (prune, pere, struguri, mere coapte, portocale), pîine neagră, lapte bătut, iaurt. De asemenea se recomandă ca gravida să se miște mult.

Este recomandabil ca gravida să-și formeze obiceiul să încerce să aibă scaun în fiecare dimineață după micul dejun. Dacă indicațiile de mai sus nu sînt eficiente, se va încerca următorul regim:

— dimineața, după ce se scoală din pat, gravida va bea un pahar de apă călduță, îndulcită cu miere;

— la micul dejun va consuma pîine neagră (sau un aliment laxativ ca, de exemplu, fulgi de ovăz) cu marmeladă și apoi va încheia masa cu fructe laxative (pere, prune);

— înainte de a merge la culcare va mînca fructe.

În caz că nici una din sugestiile de mai sus nu au fost eficiente, va apela la medicul obstetrician, care va indica un laxativ ușor.

Nu se va lua fără aviz medical nici un laxativ (sau purgativ), deoarece aceste medicamente nu acționează numai asupra intestinului, ci și asupra uterului, putînd provoca, la femeile predispuse, un avort sau o naștere prematură. Medicii indică, de obicei, laxative ușoare care conțin lubrifiante vegetale sau oleu de parafină.

Constipația, vărsăturile matinale și gusturile anormale dispar, în general, după luna a patra de sarcină.

125. Urina. Examenul urinii se face la indicația medicului. În vederea cruțării rinichilor, mama este datoare:

— să bea în jur de un litru de lichide pe zi (lapte + supă + apă + ceaiuri sau sucuri de fructe);

— să anunțe pe medic de îndată ce urina este mai închisă la culoare, este în cantitate mai mică sau miroase urît sau dacă micțiunile se însoțesc de senzații neplăcute (usturimi, dureri, dificultate la urinat).

126. Curățenia și îngrijirea corpului joacă un rol deosebit. Nu sînt contraindicate băile generale dacă se fac cu apă călduță, într-o cadă bine curățită și dezinfectată, dar sînt de preferat dușurile călduțe. Pentru prevenirea accidentelor (prin alunecare) se va pune în cadă o rogojină sau un prosop aspru. Dacă în ultimele 6 săptămîni de sarcină gravidei îi este greu să intre și să iasă din cadă, ea se va spăla mai bine cu un burete, în afara căzii. Dușurile vor fi frecvente, întrucît în ultima perioadă gravida transpiră mult. Băile reci sau fierbinți sînt interzise, putînd declanșa contracții uterine.

Igiena corporală riguroasă, tăierea unghiilor și schimbarea frecventă a lenjeriei de corp și de pat sînt deosebit de importante, îndeosebi în ultima parte a sarcinii. Pielea gravidei fiind mai sensibilă, săpunul obișnuit va fi înlocuit cu un săpun neiritant (de glicerină, săpun pentru copii). După baie, pielea se fricționează ușor cu un prosop aspru, ceea ce contribuie la mărirea supleței acesteia și la activarea circulației. Nu se aplică pe piele creme sau unguente, care astupă porii și împiedică eliminarea secrețiilor cutanate. Nu se aplică deodorante în regiunea axilară, deoarece acestea duc, de asemenea, la blocarea canalelor sudoripare și pot favoriza formarea de furuncule. Femeile care transpiră mult se pot pudra cu talc, cu pudră pentru copii „Nivea" sau cu „Saprosan pulvis", aplicat pe fața internă a coapselor, în jurul organelor genitale, sub sîni etc.

În ultimele săptămîni de sarcină, femeia va dormi singură în pat.

127. Orice plagă cutanată infectată (eroziuni zemuinde, vezicule, pustule) va fi semnalată medicului și tratată cu promptitudine și meticulozitate. În orice caz se va evita cu strictețe contactul cu persoane care prezintă plăgi purulente; toate obiectele folosite de gravidă vor fi strict individuale. Femeia însărcinată nu va îngriji niciodată membri de familie sau alte persoane care prezintă afecțiuni purulente.

128. Igiena organelor genitale externe. În timpul sarcinii se produce o creștere a secrețiilor vaginale, care de obicei, nu are nici o semnificație patologică. Prin abundența lor, însă, aceste secreții provoacă uneori iritații locale. De aceea se va face toaleta externă cu apă călduță și săpun de 2—3 ori pe zi, ca și după fiecare scaun, folosind un lighean sau o căditã, care au fost spălate sau dezinfectate în prealabil. Irigațiile vaginale sînt complet interzise în ultimele 6—8 săptămîni ale sarcinii, deoarece pot declanșa contracții uterine. *De altfel, nici la începutul sarcinii nu se vor efectua decît la prescripția strictă a medicului.* Folosirea closetelor publice se va face cu deosebită grijă, pentru a evita infecțiile.

Organele genitale externe nu se spală decît după ce mîinile au fost bine curățate cu apă caldă și săpun. Se vor folosi numai comprese sterilizate sau bucăți de pînză fină, fierte, spălate bine și călcate cu un fier bine încins.

129. Comportamentul sexual în timpul sarcinii este diferit, ținînd seama de modificările organismului, de profilul sufletesc al mamei în devenire, de climatul afectiv din familie, de mediul cultural-educativ în care trăiește. La primipare, mai ales la începutul gestației, se constată o diminuare a *libido*-ului și orgasmului.

Viața sexuală se poate continua pînă spre ultimele săptămîni ale sarcinii, după care se va evita complet.

La femeile cu antecedente obstetricale încărcate, precum și în caz că la sarcina în curs apar tulburări (dureri de mijloc, ușoare pierderi de sînge, contracții uterine etc.), este bine să se renunțe la orice raport sexual.

130. Îngrijirea dinților. Gravida trebuie să-și îngrijească dinții în mod deosebit.

Tratamentul stomatologic poate fi efectuat în tot cursul sarcinii. Anestezicele se vor folosi numai cu avizul obstetricianului.

131. Sînii și mameloanele se spală în fiecare zi cu apă și cu săpun moale și se șterg cu un prosop mai aspru. Această fricțiune constituie pentru piele cel mai bun fortifiant și face să se reliefeze mameloanele.

Începînd din luna a IV-a se poate observa apariția unei secreții lichide din mameloane. În astfel de cazuri se aplică comprese cu tifon în cupa sutienului, pentru protejarea hainelor. Dacă această secreție se usucă pe mameloane, apar dureri și roșeață locală; de aceea se vor spăla de mai multe ori pe zi, cu apă călduță. Mameloanele indurate se ung cu lanolină și se acoperă cu tifon. Dacă apar fisuri, se spală mameloanele cu apă călduță și se acoperă cu tifon steril.

Gravida va alege un tip de sutien care să ridice sînii și care să evite comprimarea mameloanelor. Nu se poartă sutiene prea strînse, pentru că acestea stînjenesc creșterea normală a sînului în timpul sarcinii.

Mameloanele mici, retractate sau ombilicate vor fi masate cu mișcări de rotație și tracțiune, încercînd să fie aduse afară (fig. 39).

132. Vergeturile de pe abdomen (vezi punctul 93. b.). Ele se pot reduce la minimum, dacă gravida are grijă să nu cîștige prea mult în greutate.

Unii medici indică aplicații de lanolină sau de cremă în zona vergeturii, însoțite de masaj zilnic de 10—15 minute.

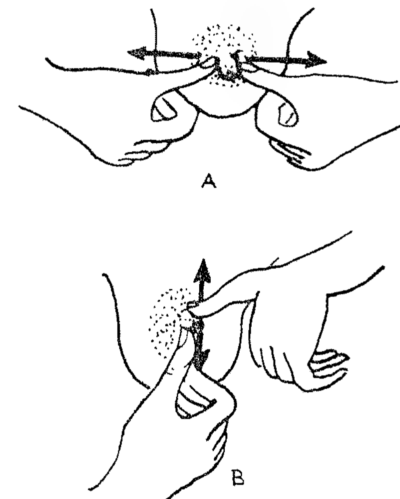


Fig. 39 — Masajul sînilor.

133. Îmbrăcămintea. Pentru perioada de sarcină mai înaintată industria textilă pune la dispoziția gravidelor o gamă întreagă de obiecte de îmbrăcăminte adecvată.

În alegerea garderobei se va ține seama, în primul rînd, de comoditatea îmbrăcămintei, dar nu se va neglija nici aspectul estetic. Se va prefera îmbrăcămintea cu șireturi sau cu cusături ce se pot desface pe măsură ce sarcina progresează.

Se va evita îmbrăcămintea strînsă. Se preferă rochia sac, a cărei greutate cade numai pe umeri; de asemenea, fusta sarafan, combinată cu mai multe bluze.

Lenjeria de corp va fi de asemenea lejeră.

Nu se vor purta cordoane.

Se va purta numai încălțăminte cu tocuri joase.

134. Este permis gravidei să călătorească? Numai medicul obstetrician care urmărește pe gravidă este în măsură să hotărască aceasta. Permisiunea se acordă în funcție de:

— evoluția sarcinii,
— mijlocul de transport,
— lungimea călătoriei,
— scopul călătoriei.

În nici un caz nu sînt admise călătoriile lungi sau cu mijloace de transport necorespunzătoare (vehicule care trepidează cum este motocicleta, autobuze aglomerate etc.). Sînt permise călătoriile cu mașina, trenul și avionul.

Gravida poate să șofeze pînă în luna a VII-a de sarcină. Ulterior, se recomandă să evite acest lucru, datorită creșterii volumului abdomenului și încetinirii reflexelor (capacității de reacție).

Este de dorit ca în ultimele 2 luni de sarcină să nu părăsească localitatea unde urmează să nască.

135. Cum pot fi tratate vărsăturile și greața gravidei. Dacă greața și vărsăturile se prelungesc în timp, se renunță la toate prescripțiile dietetice. Gravida va mînca numai ce-i place și ce nu-i „face rău".

Se folosesc o gamă întreagă de medicamente: antispastice, alcaline, sedative. Mai recent, s-au adăugat antihistaminicele de sinteză și tranchilizante (Diazepam, Napoton etc.).

Cazurile mai grave, unde se impune echilibrarea hidroelectrolitică prin perfuzii intravenoase, se internează în spital.

Uneori, la baza acestor simptome stă o tulburare de ordin psihic, care necesită un tratament de specialitate.

Tratamentul salivației excesive (sialoree), care însoțește greața și vărsăturile sau unele curiozități ale apetitului, se poate face cu doze mici de atropină. Un alt remediu este oferit de mestecarea de dulciuri consistente sau de gumă de mestecat.

136. Arsurile la stomac (pirozis) apar de obicei în ultimele luni de sarcină și se datoresc creșterii acidității sucului gastric. De obicei, arsurile se însoțesc de eructații (eliminarea de aer pe gură, rigîială), și de gust acru în gură. Accentuarea acestui fenomen trebuie semnalat medicului obstetrician, deoarece poate constitui semnul incipient al unei toxicoze gravidice.

Mijlocul cel mai simplu de a combate arsurile constă în a bea cantități mici și repetate de lapte. Dacă această metodă nu dă rezultate, se pot administra prafuri alcaline (se va evita bicarbonatul de sodiu).

137. Hemoroizii constituie o complicație frecventă în cursul sarcinii. Se formează prin compresiunea produsă de făt asupra venelor din bazin. Se va acorda importanță igienei locale; se recomandă băi călduțe și tratament cu supozitoare pentru combaterea durerii, unguente anestezice sau comprese reci aplicate local.

138. Micțiunile frecvente din timpul sarcinii se datoresc fie compresiunii fătului asupra vezicii, fie unei cistite (infecție bacteriană a vezicii). În prima eventualitate nu se face nimic, în cea de a doua se impune un tratament corect cu sulfamide și/sau antibiotice.

139. Varicele membrelor inferioare apar frecvent în cursul sarcinii, fiind determinate de compresiunea exercitată de uterul mărit asupra venelor bazinului.

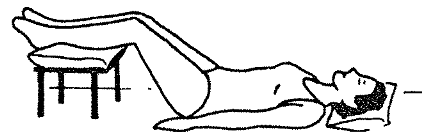


Fig. 40 — Poziția recomandată pentru gravida cu varice ale membrelor inferioare.

Se vor evita elasticele circulare (jartiere) pe gambe sau pe coapse. Se vor purta ciorapi elastici sau se va aplica o fașă elastică, dimineața înainte de scularea din pat.

Gravida va sta cît mai mult în pat, în poziție orizontală cu gambele ridicate mai sus (fig. 40).

După naștere, varicele regresează sau dispar în întregime. La sarcinile ulterioare varicele pot reapărea și se pot agrava.

140. Cîrceii de la nivelul mușchilor gambei apar din cauza poziției corpului care modifică solicitarea grupelor musculare ale gambei și, se pare, din cauza unui aport insuficient de calciu.

Se poate obține dispariția imediată a cîrceilor prin ridicarea în vîrful picioarelor și flectarea genunchilor sau prin sprijinirea cu putere a degetelor

de la picioare de tăblia patului sau de un perete. În caz de hipocalcemie se vor lua preparate de calciu și se va consuma mai mult lapte.

141. Edemațierea (umflarea) picioarelor, gleznelor sau altor regiuni ale corpului în timpul sarcinii se poate produce prin:

a) **Presiunea exercitată asupra venelor iliace.** Astfel de umflături apar, de obicei, după mai multe ore de stat în picioare și dispar după repaus la orizontală. Nu au nici o importanță clinică și nu trebuie să neliniștească pe gravidă.

b) **Varice.** În acest caz gravida va purta ciorapi elastici sau va aplica o fașă elastică pe membrele inferioare.

c) **Gestoza.** În aceste cazuri edemele nu se limitează la membrele inferioare, ci pot cuprinde mîinile, fața, spatele și peretele abdominal. Concomitent se poate constata prezența albuminei în urină și creșterea tensiunii arteriale. Se impune un tratament medical riguros și urgent.

142. Scurgerile vaginale (leucoreea). O accentuare moderată a secrețiilor vaginale este absolut normală. În cazul cînd secreția este abundentă și se însoțește de o eroziune de col sau de o infecție micotică vaginală și senzație de mîncărime, se impune un tratament energic.

Vaginitele din cursul sarcinii nu se tratează cu spălături vaginale, datorită pericolului introducerii unor germeni infecțioși.

143. Durerile sacrate (de șale) sînt determinate de modificarea poziției corpului în vederea schimbării centrului de greutate, datorită creșterii în volum a abdomenului. Încălțămintea cu tocuri înalte favorizează apariția durerilor de mijloc.

Purtarea unei centuri fixe, dar nu prea strînse, poate înlătura în parte acest neajuns.

144. Amețelile și leșinurile se întîlnesc uneori în cursul sarcinii. Dacă apar în sarcina mai avansată și dacă se însoțesc de alte simptome (creșterea tensiunii arteriale, edeme, tulburări de vedere, grețuri și vărsături), pot fi semnele unei gestoze.

145. Semne de alarmă. Dacă apare una din manifestările mai jos notate, se apelează de urgență la medic:

- umflarea feței, mîinilor sau picioarelor;
- întunecarea sau tulburarea vederii;
- febră;
- sîngerări vaginale;
- vărsături persistente;
- dureri de cap permanente („în cască", ca un cerc strîns pe cap);
- pierderi de lichid din vagin.

146. Medicamentele și sarcina. *Gravida nu va lua nici un medicament care nu i-a fost recomandat de către medic.* Unele medicamente au efecte vătămătoare asupra embrionului, ducînd la apariția de malformații. Gravida trebuie să respecte următoarea regulă: ori de cîte ori există vreun dubiu asupra nenocivității unui medicament este preferabil să nu fie luat.

147. Efectul factorilor de mediu. În zilele noastre ia naștere o disciplină nouă, care studiază efectul factorilor de mediu înconjurător asupra produsului de concepție. Astfel, s-a descoperit că fătul poate fi influențat de zgomotul din preajma mamei. De exemplu, frecvența bătăilor inimii fătului crește atunci cînd în jurul gravidei este zgomot, se țipă sau gravida este emoționată.

148. Igiena psihică. Dorința de a avea copii există la orice femeie sănătoasă și este izvorîtă din natura ancestrală a femeii, din instinctul de conservare a speciei omenești, din motive de ordin personal sau moral.

> *Femeia se realizează prin căsnicie și devine fericită prin maternitate.*

După ce a trecut perioada de creștere și de maturare sexuală, în viața femeii se impun în mod imperios problemele legate de relațiile sale cu sexul opus și de instinctul de perpetuare a speciei. Prin manifestări periodice (menstruațiile), organismul său îi „reamintește" fără încetare destinul său natural. Faptul că femeia lucrează, iar sfera activității sale este extrem de apropiată de aceea a bărbatului, nu o împiedică să dorească un copil. Există totuși etape în timpul cărora femeia, pentru diverse rațiuni, se simte chemată mai mult pentru alte îndatoriri. Refularea dorințelor firești (de întemeiere a unei familii, de maternitate), chiar dacă se face în numele unor afirmări pe linie profesională, determină de multe ori conflicte biologice, psihice și morale. În timpul sarcinii și alăptării, oricare ar fi pregătirea intelectuală, profilul psihic sau ansamblul de idealuri ale femeii, simțămintele și îndatoririle de maternitate trec pe primul plan.

Pentru aceste motive, sora de ocrotire trebuie să se apropie de viitoarea mamă din primele vizite la domiciliu. Pe lîngă profesiunea, standardul de viață și problemele de igienă corporală, ea este datoare să sesizeze care este profilul psihic al mamei, ce atitudine intimă are față de viitorul copil, care sînt raporturile cu soțul său și cu restul familiei. Garanția pentru o evoluție normală a sarcinii și pentru dezvoltarea unui copil sănătos este constituită nu numai de sănătatea biologică a părinților și de condițiile materiale oferite de societate, ci și de comunitatea de idealuri (sociale, morale, profesionale) a familiei.

De o importanță deosebită sînt reacțiile sufletești ale mamei în ceea ce privește dorința, speranțele și teama cu care așteaptă copilul.

De fapt, orice gravidă, oricît de echilibrată ar fi, trăiește o perioadă de așteptare cu o mulțime de semne de întrebare, care duc la o oarecare stare de neliniște.

Sora de ocrotire este obligată să-și concentreze atenția mai ales asupra primiparelor, pe care le va vizita mai frecvent, insistînd atît asupra pregătirilor materiale, cît și asupra stării sufletești cu care așteaptă primul copil: există, pe de o parte, dorința de a avea copil și un simțămînt de împlinire, iar pe de altă parte, teama de dureri, teama de complicațiile de ordin material, de plusul de muncă, de incomoditățile legate de venirea copilului, de limitarea propriei libertăți.

O atenție deosebită se va acorda și situațiilor mai deosebite care influențează sentimentele viitoarelor mame. În căsătoriile precoce, unele femei sînt încă atît de copilăroase și au o nevoie atît de pronunțată de a fi iubite și tratate ca un copil, încît nu se simt capabile de a deveni mame. Unele regretă că, odată cu venirea copilului, propria persoană va trebui să treacă pe un plan secundar. De cele mai multe ori, toate aceste atitudini se rezolvă odată cu nașterea copilului. Se întîlnesc și gravide la care dorința de a avea un copil este generată de o viață nesatisfăcută, datorită unei căsnicii nereușite. Asemenea femei doresc copilul ca un fel de compensație, sperînd să găsească o mîngîiere în singurătatea lor. Copilul ar reprezenta mijlocul prin

care s-ar consolida căsnicia. Mai tîrziu, copilul ar urma să-și însușească și să ducă la îndeplinire toate visurile nerealizate ale mamei. Aceste așteptări poartă în ele germenii viitoarelor dificultăți în relațiile mamă-copil. Apare adesea deziluzia, deoarece copilului, care a fost adus pe lume în vederea atingerii unui anumit scop, nu rezolvă neînțelegerile din căsnicie.

Așteptarea unui copil prin prisma unor calcule reprezintă o atitudine necorespunzătoare din partea mamei.

Unele familii refuză sarcina, nu doresc copilul, din calcule economice. Aceste familii calculează să aibă copii după ani și ani de căsătorie, numai după ce au ajuns la maturitatea social-profesională, la „rotunjirea" economică (casă, voiajuri de agrement, mașină etc.). Această concepție are, de foarte multe ori, consecințe nefaste: utilizarea mijloacelor anticoncepționale a dus, pînă la urmă, la sterilitatea multor femei, la înmulțirea afecțiunilor ginecologice și la creșterea numărului de copii cu malformații congenitale. O pereche fără copii alcătuiește numai o încercare eșuată de a avea o familie; așa-numita „familie conjugală", și nu o familie propriu-zisă. Fără copii, grupul familial nu este complet închegat și nu poate să-și îndeplinească toate funcțiile. Asupra tuturor acestor pericole, a greșelilor pe care mulți le regretă, din păcate prea tîrziu, trebuie să insiste sora de ocrotire în munca de educație sanitară.

149. Cîteva indicații generale, de precauție, pentru viitoarea mamă:

— Va evita contactul cu persoane răcite sau bolnave de o boală infecțioasă. Unele infecții care nu produc mamei nimic deosebit, pot fi periculoase pentru făt, mai ales în primele luni de sarcină (rubeola, unele virusuri gripale, herpesul etc.).

— Nu va frecventa locurile aglomerate (săli de spectacole, localuri etc.).

— Nu va lua nici un medicament fără avizul medicului.

— Nu se va supune la nici o investigație radiologică.

— Va căuta să-și asigure un somn de 8—9 ore în fiecare noapte și cel puțin 1 oră de repaus în poziție orizontală în timpul zilei.

— Va evita exercițiile dificile și activitățile care solicită eforturi deosebite (ridicarea de obiecte grele, alergarea, urcarea rapidă a scărilor). Nu va sta în picioare timp îndelungat.

— În caz că lucrează în mediu toxic sau în ture de noapte, va fi transferată la o muncă mai ușoară.

— Va sta cît mai mult în aer liber, fără a se expune mult la soare.

— Atitudinea cea mai potrivită, în raport cu viitoarea naștere, este să aibă convingerea că aceasta reprezintă un fenomen absolut fiziologic.

— Va intra în concediu legal de natalitate, conform legii, cu 52 de zile înainte de naștere.

— Va consulta periodic medicul obstetrician.

— În ultimele 2 luni va lua legătura cu sora de ocrotire și va începe pregătirile pentru copilul așteptat.

150. Gimnastica gravidei. Femeile care au practicat mult sport înainte de sarcină ar putea crede că gimnastica gravidei este inutilă pentru ele. Experiența arată însă că nici la ele actul nașterii nu se petrece mai ușor decît la femeile complet neantrenate, deoarece gimnastica gravidei vizează antrenarea acelor grupe musculare și ligamente care nu sînt incluse în antrenamentele sportive obișnuite.

Reguli de bază pentru gimnastică:

— gravida nu trebuie să se obosească prin gimnastică;

— la început fiecare exercițiu se repetă numai de 2—3 ori;

— durata totală pentru o ședință nu va depăși 15 minute (se pot efectua 2 ședințe pe zi);

— fereastra va fi larg deschisă;

— exercițiile se vor executa pe un plan dur, cel mai bine pe podeaua acoperită cu un pled;

— în timpul exercițiilor gravida nu va purta sutien, ochelari, pantofi.

Exerciții pentru gravidă. 1. Gravida se culcă pe spate, complet relaxată (fig. 41 a). Sub ceafă așează o pernă mică, astfel încît capul să atingă



Fig. 41 — Exerciții de gimnastică pentru gravidă.

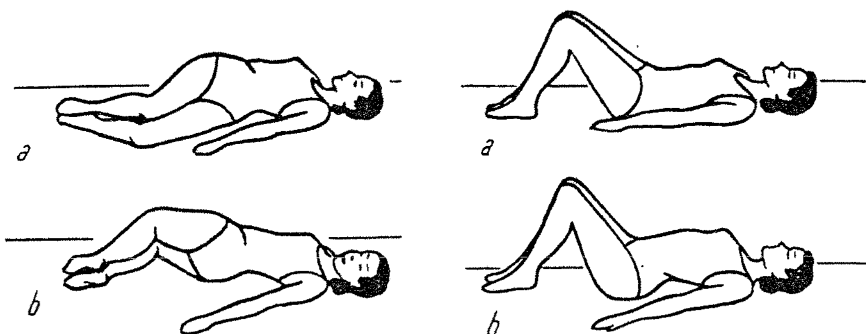


Fig. 42. *Fig. 43.*

solul cu regiunea occipitală. Brațele ușor depărtate de corp, degetele ușor flectate. Umerii se sprijină pe sol. Membrele inferioare ușor depărtate, picioarele lăsate să se depărteze conform greutății lor. Sub plica genunchilor se așează un puișor de pernă, făcut sul. Respirați lejer și încercați să urmăriți cum, odată cu inspirația, se destinde nu numai musculatura abdominală anterioară și laterală, ci și planșeul bazinului (perineul).

2. Aceeași relaxare musculară totală se poate realiza în poziție culcată pe o parte (fig. 41b). Și în acest caz gravida respiră liniștit, profund, urmărind distensia abdominală în inspir și revenirea cu relaxare în expir.

3. Poziția culcat pe spate. Membrele inferioare flectate, brațele lăsate lejer de-a lungul corpului. Ambii genunchi sînt lăsați să „cadă" într-o parte pînă ating podeaua. Spatele relaxat urmează cît trebuie această mișcare. Umerii rămîn lipiți de sol. În tot timpul respiră liniștit (inspiră pe nas, expiră pe gură).

Mișcarea se repetă de cîteva ori de fiecare parte (fig. 42).

4. Poziția culcat pe spate. Membrele inferioare flectate, tălpile aplicate pe sol. Transferați greutatea din regiunea lombară (mijlocul) în regiunea coccisului (noada), apoi în regiunea lombară (fig. 43).

5. Poziție culcat pe spate. Membrul inferior drept se ridică întins, în poziție verticală, apoi se coboară încet la sol. Urmează aceeași mișcare cu membrul inferior stîng. Apoi, înainte de a coborî piciorul, se execută mișcări de rotație din gleznă. Se repetă de mai multe ori (fig. 44).

6. Poziție în genunchi, cu palmele sprijinite pe sol, brațele întinse. În repaus, capul, ceafa și spatele formează o linie dreaptă. Apoi capul se apleacă, iar spatele se rotunjește (ca pisica) și se revine la poziția de repaus. Se repetă de mai multe ori (fig. 45).

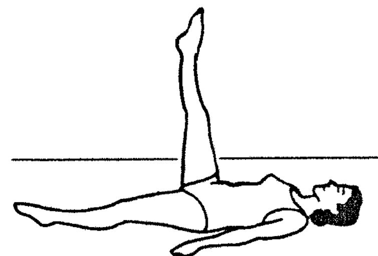


Fig. 44.

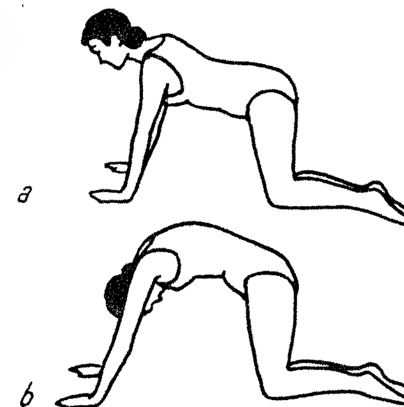


Fig. 45.

Nașterea normală

151. După coborîrea fundului uterului în ultimele 1—2 săptămîni de sarcină se pot remarca unele semne care indică *apropierea termenului nașterii:*

— respirația gravidei devine mai ușoară;

— gravida poate avea tulburări de somn, stări de neliniște;

— micțiuni mai frecvente, senzația de presiune asupra rectului;

— secreții vaginale mucoase mai abundente;

— contracții uterine nedureroase,

— eliminarea dopului gelatinos (mucusul sanguinolent care astupă colul uterin) cu 1—2 zile înainte de declanșarea nașterii.

În timpul mișcărilor fetale sau la atingerea abdomenului, uterul se contractă (se întărește). Prin aceste contracții, care apar la intervale neregulate și au intensitate egală, fătul este „dirijat" și împins în jos spre colul uterin care începe treptat să se scurteze.

Dacă totul a fost bine preparat în vederea nașterii, nu există nici un motiv pentru gravidă de a se neliniști sau de a se agita. Este important ca cei din anturajul femeii însărcinate, îndeosebi soțul, să-și dea silința să-i ușureze aceste zile de așteptare și tensiune. Trebuie neapărat să-i mărească încrederea în sine și siguranța că totul va merge bine, înconjurînd-o cu atenții. Una dintre îndatoririle soțului este să-și ajute soția la treburile gospodărești, s-o scutească de orice efort și plictiseală; de asemenea, să-i pregătească pe ceilalți copii, după vîrsta lor, în vederea evenimentului care se

apropie, recomandîndu-le în semn de atenție pentru mama lor, o ascultare și o liniște cu totul speciale.

152. Începutul nașterii este marcat de instalarea contracțiilor dureroase, inițial la intervale regulate de 10—15 minute, apoi la intervale mai mici. Adesea gravida elimină prin vagin mucus sanguinolent. Apoi intensitatea contracțiilor crește. Gravida simte dureri accentuate în regiunea sacrată (dureri de mijloc).

Ca urmare a acestor contracții, colul uterin începe să se dilate; a început nașterea. După instalarea contracțiilor regulate se recomandă ca gravida să nu mai mănînce.

153. Internarea în maternitate. Gravida va fi însoțită la maternitate de un membru al familiei. În ceea ce privește momentul internării se iau în considerare următoarele criterii:

a) cu cît pacienta locuiește mai departe de maternitate, cu atît este mai bine să pornească din timp;

b) prima naștere durează mai mult, deci gravida poate întîrzia puțin momentul internării;

c) gravidele care prezintă anomalii („vicii") de poziție sau au avut complicații în timpul sarcinii trebuie să se prezinte mai devreme la spital, eventual chiar înainte de instalarea primelor semne de travaliu, conform cu recomandările obstetricianului care a supravegheat evoluția sarcinii.

d) Ruperea membranelor cu pierderea lichidului amniotic este indicație de internare neîntîrziată. Ruperea învelișului fătului și eliminarea dopului de mucozități care închide colul uterin realizează o comunicare directă cu căile genitale externe și prezintă riscul pătrunderii microbilor în cavitatea uterină, putînd infecta fătul.

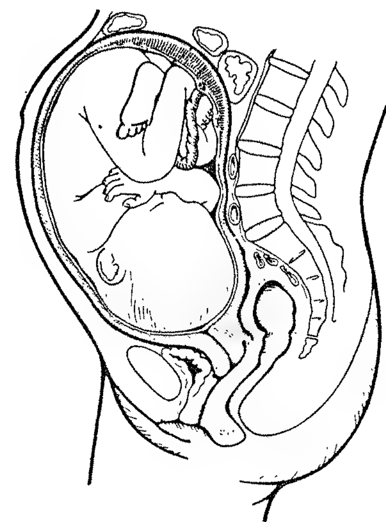


Fig. 46 — Poziția fătului în uter, la termen, în prezentație craniană.

Dacă durerile de naștere (contracțiile) nu apar în următoarele 24 ore, medicul va „provoca" nașterea prin medicamente în momentul pe care-l socotește oportun.

La internare, după îndeplinirea formalităților (prezentarea buletinului de identitate e obligatorie) se completează foaia de observație a parturientei, iar medicul efectuează examenul clinic general, examenul obstetrical (palparea abdomenului și verificarea prezentației fătului, stabilirea stadiului dilatației colului uterin) și ascultă bătăile inimii fătului. Urmează efectuarea unei clisme evacuatoare, raderea părului pubian, dușul și toaleta organelor genitale externe. După aceasta parturienta este instalată în sala „de travaliu".

154. Desfășurarea nașterii este determinată de 3 factori:

a) **obiectul nașterii** (fătul); în 96% din cazuri copilul se naște în prezentație craniană (fig. 46). Capul fătului reprezintă partea cea mai voluminoasă și densă (rezistentă), fiind cea mai potrivită pentru dilatarea și deschiderea căilor genitale, sub acțiunea unor contracții uterine puternice declanșate de

acțiunea hormonului hipofizar ocitocina. Oasele craniului fetal încă nu sînt suturate (consolidate) complet și permit încălecarea lor în anumite limite în timpul trecerii prin canalul genital.

b. **Canalul pelvigenital** matern este format din pereții osoși ai micului bazin și dintr-o parte musculară alcătuită din colul uterin, vagin și perineu. Diametrele bazinului osos normal (măsurate la timp în cursul consultațiilor prenatale) permit trecerea capului fetal, un element favorizant fiind și ramolirea pasageră a simfizei pubiene, precum și mobilitatea osului coccis, care contribuie la lărgirea canalului osos cu 1—1,5 cm.

Părțile musculare se dilată sub acțiunea mecanică a coborîrii fătului împins de contracțiile uterine puternice. La primipare cu musculatură fermă sau în cazul unui făt mare, nașterea va dura mai mult decît la multipare sau cînd fătul este mic.

c) **Contracțiile uterine** apar la început la interval de 10—20 minute, apoi devin mai frecvente și mai intense ajungînd să se succeadă la 1—2 minute. Sub acțiunea lor se produce dilatația completă a colului uterin. Trebuie subliniat că durerile de naștere, care însoțesc contracțiile uterine, cresc în intensitate odată cu progresiunea travaliului, dar se mențin totdeauna în limitele suportabilității omului. Nu pot fi anihilate cu medicamente. După ieșirea copilului dispare pînă și amintirea lor.

Spre deosebire de aceste contracții de dilatare, *contracțiile de expulsie* se caracterizează prin senzația de presiune asupra rectului, determinată de coborîrea constantă a părții prezentate prin vagin. Spre sfîrșitul perioadei de expulsie parturienta resimte nevoia imperioasă de a se screme. Este bine să știe că participarea ei activă, prin scremete, are cea mai mare eficiență în momentul culminant al contracției.

După nașterea copilului urmează o serie de contracții uterine nedureroase care sfîrșesc cu eliminarea placentei.

Rezumînd cele spuse mai sus, nașterea se desfășoară în 3 faze succesive:

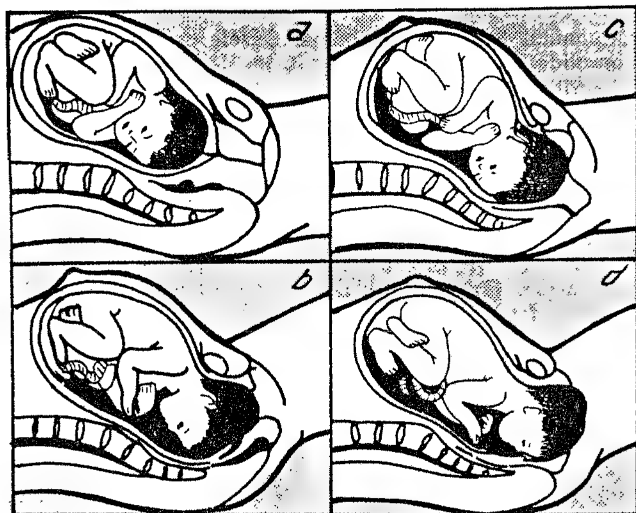
— perioada de dilatare,
— perioada de expulsie,
— perioada de expulsie a placentei.

155. Perioada de dilatație durează la primipare între 8 și 12 ore, iar la multipare 5—8 ore. În această perioadă se produce ruperea membranelor. După aceasta parturienta nu va mai umbla în picioare (iar în cazul în care membranele s-au rupt înainte de internare ea va fi transportată în poziție culcată). Cît timp punga apelor este intactă, ea contribuie la avansarea dilatației pătrunzînd cu fiecare contracție mai mult în colul uterin și determinînd prin aceasta lărgirea sa.

Evoluția nașterii este urmărită prin tact vaginal, la care se constată stadiul dilatației colului, prezentația copilului și sesizează abaterile de la normal. Nu e necesar ca medicul să fie prezent în tot timpul travaliului; în schimb moașa va rămîne alături de parturientă.

Starea psihică a mamei joacă un rol important.

Femeia care naște trebuie să aibă încredere în medicul și moașa care conduc nașterea. Evitînd teama, tensiunea, crisparea anxioasă, ea va asculta de îndrumările medicului de a respira corect, de a se destinde și de a se deconecta. Durerile nu vor mai părea atît de violente. Așa cum afirmă medicul american Read, „cînd o gravidă este contractată, colul rămîne contractat; cînd o gravidă este destinsă, colul este relaxat". Respirația și destinderea se corelează cu diferitele faze ale dilatației. La început, cînd contrac-



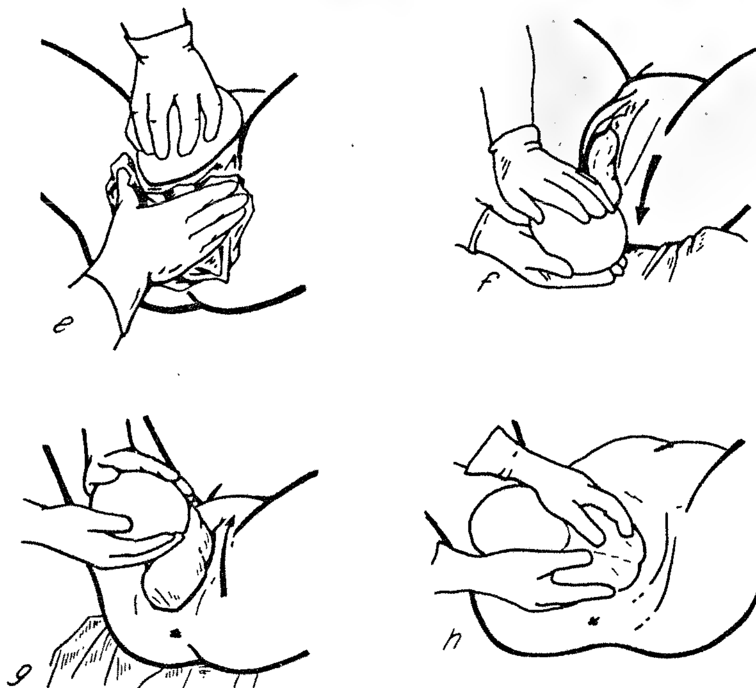


Fig. 47 — Diferitele etape ale perioadei de expulsie: a), b), c), d), coborîrea capului; e) protecţia perineului; f), g), h) degajarea capului, apoi a umerilor.

ţiile sînt mai slabe, femeia respiră rar şi adînc. Cînd contracţiile devin puternice şi survin la intervale mai scurte de timp, parturienta va respira adînc cînd va simţi apropierea unei contracţii. La apariţia contracţiei, se va destinde şi va respira superficial, frecvent (inspiraţii şi expiraţii rapide şi ritmate). Cînd contracţia a trecut, va trage aer în piept încet şi adînc şi apoi va expira puternic. Între contracţii, parturienta va sta în repaus şi va respira normal. Printr-o respiraţie corectă se asigură acoperirea nevoilor de oxigen (foarte crescute) ale musculaturii uterului şi ale fătului.

156. Perioada de expulsie este pentru făt faza cea mai critică a naşterii.

Începe în momentul dilataţiei complete a colului şi se termină cu naşterea copilului. Durata sa este de obicei de 25—45 minute. Cînd copilul „vine" cu capul, contracţiile de expulsie împing capul copilului prin micul bazin spre vulvă. Acesta efectuează o mişcare ca de „şurub", adaptîndu-se dimensiunilor canalului osos (fig. 47 a, b, c, d).

Este extrem de important ca gravida să respecte întocmai recomandările pe care le dă medicul sau moaşa privind cum şi cît trebuie să ajute prin screamăt expulzia: odată cu senzaţia de defecare (de a avea scaun) gravida poate ajuta expulzia copilului. În momentul apariţiei contracţiei şi a durerii, gravida trage adînc aer în piept, închide gura şi se screme (ca şi cînd ar avea scaun) cu toată forţa; cînd simte că nu-i mai ajunge aerul din plămîn, îl dă afară, respiră scurt de 1—2 ori şi apoi se screme din nou. În cursul unei contracţii de expulsie se poate screme de 3—4 ori. Dacă începe prea devreme şi în mod necontrolat, ea oboseşte în mod inutil şi naşterea se poate prelungi.

Cînd capul fătului destinde vulva, gravida resimte dureri vii. Musculatura perineului este mult destinsă. Cu încă 1—2 contracţii iese capul copilului. Medicul sau moaşa ce asistă naşterea protejează perineul pentru a nu se rupe, efectuează o mişcare de rotaţie a capului copilului, apoi degajează unul după altul umerii copilului şi în sfîrşit trunchiul (vezi fig. 47 f, g, h). Aproape imediat după aceasta nou-născutul face prima respiraţie şi ţipă.

157. Protecţia perineului are drept scop evitarea rupturii acestuia prin naşterea părţii prezentate înainte ca dilataţia să se fi produs corespunzător (fig. 47 e). Ruptura perineului poate avea loc prin scremete necontrolate, intempestive ale gravidei dar şi în cazul cînd dimensiunile capului fetal sînt foarte mari, sau ţesutul perineal nu este elastic.

Naşterea precipitată prezintă un risc şi pentru copil; prin scăderea bruscă a presiunii (la care a fost supus în trecere prin canalul pelvigenital) vasele sanguine ale creierului pot suferi leziuni.

158. Perineotomia (epiziotomia) poate preveni aceste complicaţii. Ea constă în practicarea unei incizii (tăieturi) la extremitatea posterioară a orificiului vulvar (fig. 48). În afara indicaţiilor de mai sus, perineotomia se mai recomandă la multipare la care această incizie s-a mai practicat (ţesutul cicatricial nu este elastic), în cazul unui făt mare şi în cazul naşterii premature (pentru a se evita compresiunea excesivă asupra craniului fragil al prematurului).

După naştere, incizia practicată se coase.

159. Imediat după naştere se efectuează **aspirarea mucozităţilor** din nasul şi gura nou-născutului. Urmează apoi pensarea, secţionarea şi **ligaturarea cordonului ombilical** (fig. 49). Apoi copilul este arătat puţin mamei, după care se aplică pansamentul steril pe ombilic, se face toaleta nou-născutului şi măsurarea sa (greutatea şi lungi-

mea). Pentru profilaxia oftalmiei gonococice se picură în ochii nou-născutului cîteva picături de nitrat de argint.

După înfășare, nou-născutul este dat mamei mai pe îndelete, i se comunică numărul (însemnat pe o bandă aplicată de articulația mîinii), greutatea și lungimea copilului.

160. **C u p e r i o a d a d e e x p u l s i e a p l a c e n t e i** se încheie nașterea. Dezlipirea placentei are loc în medie în decurs de 10—20 minute. După nașterea copilului, uterul își micșorează volumul în decurs de cîteva

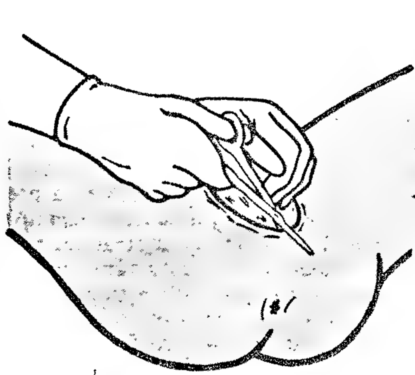


Fig. 48 — Perineotomia.

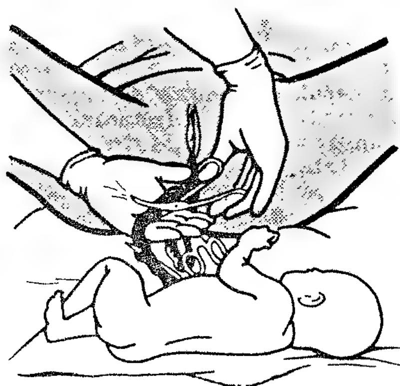


Fig. 49 — Secționarea cordonului ombilical.

minute. Prin contracții, pe care parturienta de abia le resimte, se produce dezlipirea placentei de pe peretele uterin, însoțită de hemoragie. Orice naștere normală se însoțește de pierdere de sînge, care obișnuit nu depășește 400—500 ml.

Medicul și/sau moașa supraveghează și ajută eliminarea placentei prin ușoară presiune asupra fundului uterului. În cazul în care placenta nu este expulsată spontan (în decurs de circa 30 minute după expulsia fătului), medicul sau moașa vor extrage placenta cu mîna (extracție manuală de placentă).

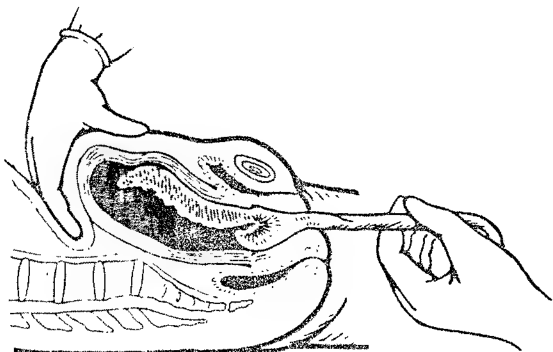


Fig. 50 — Expulsia placentei.

După aceasta mușchii peretelui uterin se contractă, închizînd vasele de sînge și hemoragia încetează.

Apoi se examinează cu grijă integritatea placentei și a membranelor expulsate. În caz de suspiciune că placenta nu a fost eliminată complet se va proceda la *controlul manual* al cavității uterine și îndepărtarea acestor resturi care ar constitui riscul unor infecții (controlul se face sub anestezie). De asemenea se controlează dacă la naștere s-au produs rupturi ale peretelui vaginal sau perineului și se practică sutura (coaserea) lor.

Lăuza mai rămîne în sala de naștere timp de 2 ore *(perioada a 4-a a nașterii)*. Pe lîngă controlul pulsului și temperaturii, se urmărește dacă se menține contractura uterului. O relaxare a acestuia (atonie uterină) se poate însoți de hemoragie importantă care trebuie tratată energic medicamentos.

Dacă totul evoluează normal lăuza este transferată în salonul pentru lăuze.

161. **N a ș t e r e a „p r o v o c a t ă"** este metoda de a declanșa în mod „artificial", prin medicamente ocitocice, nașterea. Aceasta se practică la indicație medicală pentru a preveni unele riscuri pentru mamă sau copil (ex. incompatibilitatea Rh, hipertensiunea gravidei, depășirea de termen, diabetul zaharat).

Mînuită cu pricepere, în cazuri de indicații precise, nașterea provocată este lipsită de riscuri. Medicul obstetrician va stabili indicația legat de anumite condiții: vîrsta sarcinii (nu mai devreme de săptămîna a 38-a de sarcină); prezentație craniană; colul uterin să fie moale, iar orificiul colului ușor întredeschis; să fie asigurate o serie de măsuri și condiții organizatorice.

Gravida va fi internată dimineața, după ce s-a odihnit bine acasă, iar în ziua precedentă a mîncat ușor. Declanșarea se va face ziua cînd personalul medical și serviciile anexă (laborator, centru de transfuzii de sînge etc.), sînt la dispoziție.

Se administrează medicamente care declanșează contracțiile uterine, apoi se procedează la ruperea artificială a membranelor cu ajutorul unui instrument steril. În continuare se administrează medicamente, sub controlul atent al evoluției contracțiilor și supravegherea bătăilor inimii fătului.

În condiții normale nașterea progresează și se termină în timpul obișnuit pentru nașterea spontană. În mod excepțional, cînd nu evoluează corespunzător, este necesară practicarea operației cezariene.

Nașterea „programată" este o variantă a nașterii provocate, ce se efectuează foarte aproape de termenul calculat pentru naștere, fără a exista indicații medicale (de risc).

Pregătirile și premisele sînt aceleași (col uterin întredeschis, copil „angajat"), iar avantajele pentru gravidă și familie sînt numeroase; se pot pregăti în liniște pentru termenul stabilit; gravida nu e surprinsă de începerea nașterii (eventual noaptea), de ruperea spontană, neașteptată a membranelor; nu se pun probleme de transport neprevăzut etc.).

Prin aceste avantaje, numărul nașterilor programate este în creștere.

162. **S a r c i n a m u l t i p l ă** (gemelară). La 80—85 nașteri se înregistrează o sarcină multiplă. Gemenii bivitelini se nasc de două ori mai frecvent decît cei univitelini. Gemenii univitelini au la origine un singur ovul fecundat care se divide în două unități distincte în perioada de diviziune,

înainte de diferențierea embrioblastului și trofoblastului (fig. 51). Gemenii univitelini au întotdeauna același sex, au același patrimoniu ereditar (aspect exterior, trăsături de caracter). Cei bivitelini pot avea o placentă comună sau placente separate. Ei pot fi de același sex sau de sexe diferite, dar gemenii „pereche" sînt întotdeauna bivitelini.

Semnele care sugerează sarcina gemelară (mișcări fetale vii în a 2-a jumătate a sarcinii, dimensiunile mari ale abdomenului), palparea abdomenului gravidei, auscultarea bătăilor inimilor fetale și examenul echografic pot stabili diagnosticul.

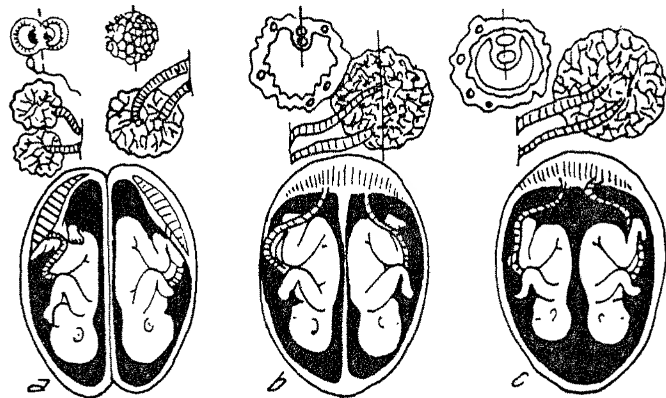


Fig. 51 — Sarcina gemelară (variante de producere).

În sarcina multiplă nașterea se produce de obicei înainte de 40 de săptămîni. Sînt posibile unele complicații, de aceea supravegherea gravidei va fi deosebit de atentă. Gravida va evita efortul fizic și adesea este indicată internarea în maternitate înainte de termenul probabil calculat pentru naștere.

Nașteri anormale

163. Pînă în luna a VI-a—a VII-a fătul plutește în lichidul amniotic. În luna a VII-a se găsește în prezentație pelviană. În luna a VIII-a el se răstoarnă cu capul în jos *(culbutează)*. În 96% din cazuri copilul „vine" în prezentație craniană și totul se desfășoară așa cum s-a descris mai sus. Din fericire nașterile anormale sînt rare. Trebuie avute în vedere însă complicațiile foarte variate ce pot surveni. Vom expune cîteva din situațiile neprevăzute, precum și unele mijloace folosite pentru a ajuta și grăbi nașterea.

164. Nașterea înainte de termen nu comportă nici un fel de pericol pentru mamă, pentru că fătul este mic și se naște mai ușor. Dimpotrivă, copilul este amenințat, șansele lui de supraviețuire fiind strîns legate de greutatea la naștere. Copilul născut prematur necesită îngrijiri speciale, atît imediat după naștere, cît și mai tîrziu (vezi punctul 371).

165. Prezentațiile anormale ale fătului sînt variate. Chiar și în prezentația craniană se poate întîmpla ca fătul să nu vină cu creștetul capului, ci cu fața (prezentație facială) sau cu fruntea (prezentație frontală). Alteori prezentația poate fi cu umărul înainte (transversă), cu picioarele sau cu șezutul (pelviană). Ultima anomalie este cea mai frecventă.

a. Prezentația pelviană se întîlnește la 3—5% din totalul nașterilor la termen. Cauzele care favorizează această prezentație sînt: deformări ale bazinului, malformații ale uterului, fibrom uterin, anomalii ale craniului fetal, *placenta praevia*, gemelaritatea etc.

Dacă o mamă a născut un copil în prezentație pelviană nu înseamnă că toate celelalte nașteri vor fi la fel.

Dacă forma și dimensiunile bazinului matern sînt normale, craniul fătului nu este prea mare, iar contracțiile uterine sînt bune și viguroase, nașterea poate fi lăsată să se desfășoare pe căi naturale. Capul fătului este ultima parte care se naște; cordonul ombilical poate fi comprimat între oasele craniene și bazinul osos matern, riscînd să diminueze sau să oprească aportul de sînge (O_2) absolut necesar pentru copil. Medicul obstetrician trebuie să intervină cu anumite gesturi precise pentru degajarea capului și scurtarea acestei perioade „de risc" (de obicei se practică și perineotomie).

Cînd unele din condițiile enumerate mai sus nu sînt îndeplinite, se recurge la operația cezariană.

Orice gravidă cu prezentație pelviană se va interna din timp în maternitate, deoarece atitudinea de urmat în asistența nașterii se va hotărî din prima fază a nașterii.

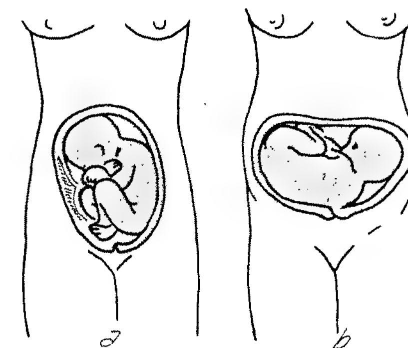


Fig. 52 — Anomalii de prezentație: a. prezentația pelviană; b. prezentația transversă.

b) Prezentația transversă. Fătul este situat oblic sau transvers față de diametrul longitudinal al uterului. Pe lîngă cauzele enumerate în cazul prezentației pelviene se mai citează mișcările excesive ale fătului (multipare cu musculatură abdominală flască).

Dacă prezentația nu „se corectează" odată cu începerea contracțiilor, se recurge la operația cezariană, deoarece odată cu ruperea membranelor se poate produce procidența de cordon sau prolabarea unui braț, complicații grave, uneori de neînvins.

Gravida cu prezentație transversă se va interna din timp în maternitate

166. Prolabarea de cordon este situația în care o buclă a cordonului ombilical alunecă pe lîngă partea prezentată prin colul uterin în vagin. Cel mai frecvent survine după ruperea membranelor în anomalii de poziție ale fătului.

Riscul legat de comprimarea cordonului între părțile osoase materne și fetale a fost subliniat la punctul 165 a.

167. Circulara de cordon, înfășurarea sau chiar înnodarea cordonului ombilical în jurul gîtului fătului poate produce asfixia fătului în timpul nașterii. Terminarea cît mai rapidă a nașterii previne suferința copilului.

168. Distocia de dinamică este starea caracterizată prin contracții uterine necorespunzătoare (ritmul, intensitatea sau durata contracțiilor pot fi diminuate sau excesive). Se deosebesc:

— *distocia primară*, în care contracțiile uterine sînt slabe de la începutul nașterii [prin insuficiența hormonilor hipofizari, dimensiuni mari ale fătului, gemelaritate, lichid amniotic în exces (hidramnios), starea de anxietate a gravidei];

— *distocia secundară* poate apărea prin travaliu prelungit, cu epuizarea mușchiului uterin (disproporție între dimensiunile fătului și bazinul matern, anomalii de poziție etc.). Aceasta poate duce la oprirea evoluției nașterii. Alteori obstacolele mecanice determină contracții uterine deosebit de intense și prelungite sau foarte apropiate în timp („în furtună"), determinînd scăderea aportului de sînge la placentă și la făt cu riscul lipsei de oxigen și suferința fătului (distocie mecanică).

Tratamentul constă în administrarea, după caz, de medicamente ocitocice (stimulează contracțiile) sau tocolitice (diminuă contracțiile).

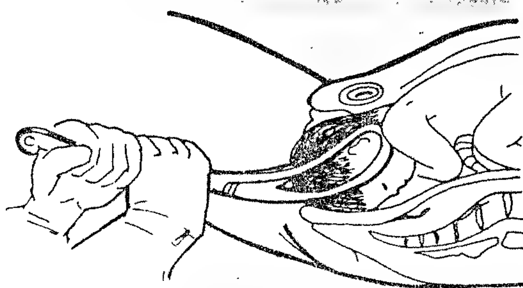


Fig. 53 — Aplicarea de forceps.

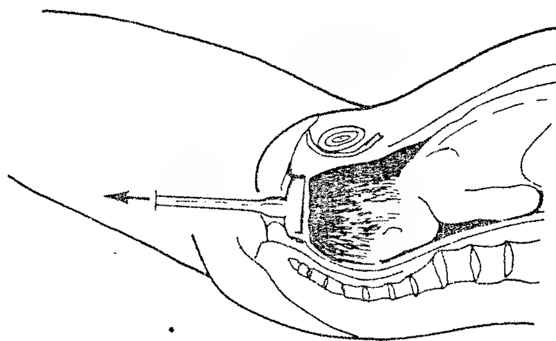


Fig. 54 — Vacuum extractor.

169. **F o r c e p s u l** este un instrument asemănător unui clește, folosit în obstetrică pentru a ajuta degajarea capului din canalul pelvigenital (fig. 53.). Aplicarea corectă a forcepsului nu prezintă riscuri pentru copil, cînd este efectuată de un obstetrician experimentat, la momentul potrivit. Este o manevră de necesitate pentru protejarea vieții copilului sau pentru scurtarea perioadei de expulsie.

170. **V a c u u m - e x t r a c t o r** este un instrument obstetrical care, aplicat ca o ventuză (cu formare de vid), se folosește pentru scurtarea duratei expulsiei fătului. Indicația aplicării se stabilește de medic (fig. 54).

171. **O p e r a ț i a c e z a r i a n ă** este intervenția chirurgicală prin care se deschide peretele abdominal și uterul în vederea „extracției" fătului. Deși e o intervenție chirurgicală mare, riscul operator a diminuat datorită gradului înalt de dezvoltare a tehnicii chirurgicale, anesteziei și reanimării.

Cu toată această relativă lipsă de riscuri, operația cezariană nu se practică de rutină. Nașterea pe cale naturală este cea mai sigură.

Opțiunea pentru intervenție se face în cazul cînd pentru mamă și/sau copil *riscul nașterii normale este mai mare* decît riscul operator. *Placenta praevia* (placenta situată parțial sau total în fața orificiului uterin), prin riscul de hemoragie fatală pentru mamă și copil, este una din indicațiile operației cezariene (fig. 55).

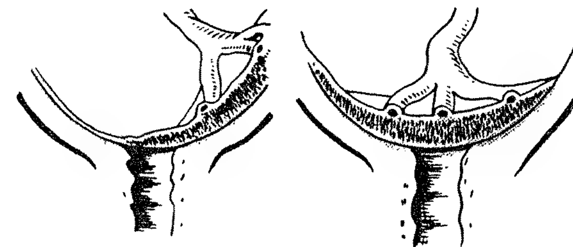


Fig. 55 — Placenta praevia.

După ce a suferit o operație cezariană o femeie poate naște pe cale naturală, dar necesită o supraveghere foarte atentă din primul moment de cînd încep contracțiile. Dacă medicul apreciază că travaliul expune la riscuri majore mama sau copilul, va indica terminarea nașterii prin o nouă operație cezariană.[1]

Lăuzia

172. **L ă u z i a** este perioada care începe odată cu expulsia placentei și se întinde pînă la vindecarea plăgilor obstetricale și involuția modificărilor genitale și extragenitale, apărute în cursul sarcinii (6 săptămîni). Procesul de involuție are răsunet asupra întregului organism. Se produce sub influența unor factori endocrini, legați de expulsia placentei. Involuția uterină mai depinde și de contracțiile uterului (cînd sînt dureroase se numesc „răsuri").

Importanța îngrijirilor în perioada de lăuzie. După naștere lăuza rămîne, de obicei, în maternitate 4—7 zile. În această calitate beneficiază de asistență calificată a obstetricianului și a moașei. După aceea, la domiciliu, marea majoritate nu mai țin legătură strînsă cu cabinetul de obstetrică. Prin forța lucrurilor, ele rămîn aproape exclusiv în grija pediatrului și a sorei de ocrotire, care se ocupă de obicei numai de copil. Lăuza „rezolvă" problemele de

[1] Legea permite întreruperea sarcinii care a survenit în decursul primului an după operația cezariană. După a doua operație cezariană legea permite întreruperea oricărei sarcini pe toată perioada de fertilitate a femeii.

îngrijire personală după nivelul său de instrucție și în funcție de condițiile materiale și de civilizație în care trăiește.

Lăuzia ridică numeroase probleme de profilaxie (de îngrijire), de tratament (prezența plăgilor rămase după naștere) și de noua postură a mamei (alăptarea) etc.

De aceea este necesară o înțelegere cuprinzătoare privind transformările biologice din această fază a procreației. Pe de altă parte, ca și sarcina, lăuzia comportă o serie de perturbări funcționale sau chiar îmbolnăviri organice. Prevenirea și tratamentul lor este de o importanță deosebită pentru revenirea femeii la starea de sănătate dinaintea sarcinii și nașterii. Pentru îndeplinirea rolului de mamă și în primul rînd acela de a-și alăpta copilul, este necesară o evoluție normală a perioadei de lăuzie.

173. Modificări hormonale. Imediat după naștere hormonii placentari se găsesc în concentrație mare în sîngele lăuzei. În cîteva zile, această concentrație scade simțitor și dispare efectul inhibitor asupra hormonilor hipofizari (FSH și LH), care își reiau funcția de stimulare asupra ovarelor, fapt ce se concretizează în secreția de estrogeni și în reluarea procesului de maturare foliculară (ovulație).

174. Funcția ovariană. Durata absenței menstruației (amenoreea) depinde de lactație, dar în mare măsură și de factori individuali. Chiar la lăuze care nu alăptează, este nevoie de 6 săptămîni pînă la prima menstruație. De aceea, o nouă concepție (sarcină nouă!) nu poate avea loc decît în jurul acestui termen. La unele femei apare o pierdere de sînge cam la 3 săptămîni după naștere, numită „mica menstruație".

La 80% din mamele care alăptează există o amenoree de lactație, ca urmare a unei inhibiții a funcției gonadotrope a lobului anterior al hipofizei. Amenoreea de lactație este semnul unei hipofuncții ovariene și se însoțește de sterilitate temporară. Cu toate acestea, alăptarea nu reprezintă o protecție totală împotriva unei noi concepții!

175. Procese de involuție. *Involuția uterină* se datorește:

a. Scăderii stimulării hormonale, prin dispariția hormonilor placentari, urmată de scăderea aportului sanguin și diminuarea metabolismului celular.

b. Contracțiilor uterine, care îmbracă o formă de contracție continuă, peste care se suprapun contracții izolate, datorate ocitocinei. Alăptarea întreține secreția crescută de ocitocină din lobul posterior al hipofizei, acționînd favorabil asupra revenirii la normal a uterului. Scăderea dimensiunilor uterului poate fi supravegheată de obstetrician și moașe prin palpare externă. În prima zi după naștere fundul uterului se palpează la nivelul ombilicului și coboară cu fiecare zi cu un lat de deget. În ziua a 10-a de lăuzie se află la nivelul simfizei pubiene sau cu 1—2 laturi deasupra acesteia. Uterul revine la normal după 6 săptămîni.

176. Lohiile. După naștere există o perioadă cu pierderi serosanguinolente numite lohii; acestea sînt constituite din cheaguri de sînge, leucocite, ser și limfă. Evoluția lohiilor (pe care le controlează obstetricianul sau sora de obstetrică) corespunde cu procesul de vindecare a plăgii uterine. Lohiile sînt sanguinolente 24—48 de ore; se mențin serosanguinolente încă 72 de ore, apoi devin seroase. Dispar după aproximativ 2—3 săptămîni de la naștere. Mirosul lohiilor trebuie verificat în fiecare zi; el trebuie să fie fad. Un miros fetid constituie un semn de infecție.

Prezența și cantitatea de sînge din lohii nu depinde de alăptare.

177. Vulva rămîne mai mult sau mai puțin mărită după naștere.

178. Mușchii abdomenului necesită timp mai îndelungat (peste 6 săptămîni) pînă își recapătă tonusul. Tonicitatea lor este influențată favorabil de exercițiile fizice (punctul 188).

179. Vezica urinară are încă un tonus muscular scăzut, așa se explică faptul că percepe mai greu nevoia de a urina („senzație de micțiune"). Capacitatea vezicii este crescută.

La nivelul colului vezical se semnalează un edem care predispune, în asociere cu scăderea tonusului muscular, la tulburări micționale cu retenție de urină. De aceea uneori este nevoie să se sondeze vezica pentru a elimina urina în primele zile după naștere. *Înainte de a se ajunge la sondaj, se vor încerca toate mijloacele pentru a ajuta lăuza să urineze spontan.*

Pe fondul de modificări vezicale din timpul sarcinii (stagnarea urinii) se explică tendința la infecții a căilor urinare. Odată cu revenirea tonusului muscular, aceste funcții se normalizează. Diureza este crescută. Lăuza urinează mult mai mult, deoarece se elimină excesul de apă acumulat în țesuturi în timpul sarcinii.

180. Tendința la constipație din timpul sarcinii se accentuează și mai mult după naștere.

181. Pielea. În locul vergeturilor violacee din timpul sarcinii rămîn niște dungi albe, care vor persista în tot cursul vieții.

Pigmentația feței și a mameloanelor dispare treptat, în timp ce linia albă abdominală rămîne încă multă vreme pigmentată.

182. Temperatura corpului. Imediat după naștere poate apărea frison, fără creșterea temperaturii; frisonul se explică prin răcirea corpului și prin hemoragie.

În faza de furie a laptelui, temperatura axilară poate fi temporar mai ridicată.

În mod normal, temperatura lăuzei este cea obișnuită (36,5—37°C). Temperatura se va măsura de 2 ori pe zi.

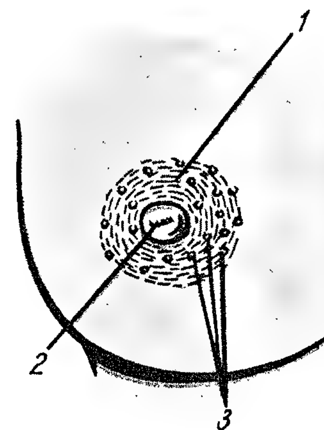


Fig. 56 — Conformația normală a sînului.
1. areola mamară; 2. mamelon; 3. glande sebacee.

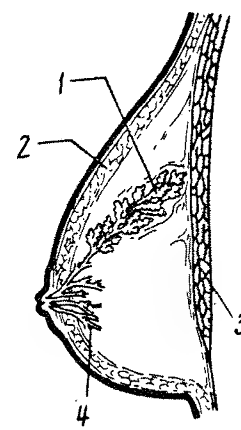


Fig. 57 — Secțiune prin glanda mamară:
1. acini glandulari; 2. țesut gras; 3. mușchiul pectoral; 4. canale galactofore.

183. Greutatea corporală. Odată cu naşterea, lăuza scade cu circa 4—5 kg. În prima săptămînă de lăuzie ea mai pierde încă din greutate (1 kg ţine numai de uter, iar restul de pierderea de lichid interstiţial).

184. Sînii femeii sînt situaţi pe suprafaţa muşchiului marele pectoral. Sînt constituiţi din ţesut glandular, grăsime şi ţesut conjunctiv de legătură. În vîrful mamelei se găseşte *mamelonul* („sfîrcul"), pigmentat, înconjurat de o suprafaţă circulară numită *areolă*, pigmentată viu, de la roz pînă la brun-închis (fig. 56).

Glandele areolare (glandele Montgomery) se înfăţişează ca nişte glande sebacee (de grăsime) modificate; sînt nişte mici ridicături, grupate în număr variabil. Forma şi mărimea sînilor sînt variabile de la o persoană la alta şi depind de repartiţia ţesutului glandular, grăsos şi de legătură, precum şi de modul de fixare pe torace.

Ţesutul glandular este organizat sub formă de lobi, despărţiţi între ei printr-un ţesut grăsos de susţinere. Fiecare lob glandular este constituit din numeroase elemente secretorii, care poartă numele de acini. Celulele acinilor elaborează laptele, pornind de la componentele sîngelui circulant şi-l elimină în canalele de evacuare („excretoare"). De aci, laptele este condus în canalele mai mari, numite canalele galactofore, care ajung la mamelon separat pentru fiecare lob glandular (fig. 57). Celulele glandulare transformă în lapte substanţele nutritive aduse pe calea sîngelui.

Formarea laptelui este un proces complicat, care se desfăşoară sub controlul unor substanţe secretate de hipofiză (fig. 58). Facem această precizare pentru a înlătura simplismul cu care se „imaginează" procesul de formare a laptelui. Adesea lăuza este îndemnată la consumarea unor cantităţi mari de lapte de vacă, în dorinţa de a ajuta „venirea laptelui".

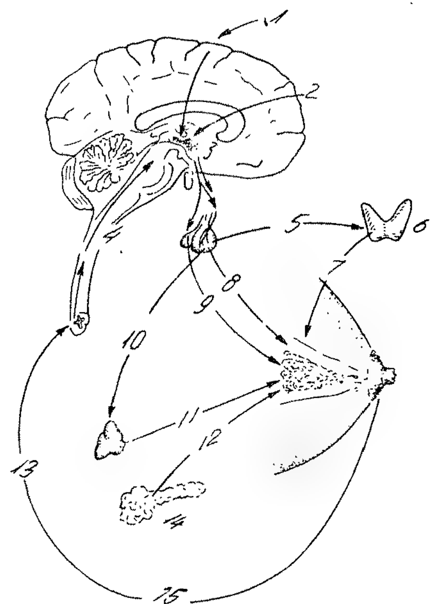


Fig. 58 — Factorii care intervin în mecanismul secreţiei lactate:
1. stimuli audio-vizuali; 2. stimuli emoţionali; 3. hipotalamus; 4. hipofiza; 5. TSH; 6. tiroida; 7. hormoni tiroidieni; 8. prolactina; 9. oxitocina; 10. ACTH; 11. steroizii suprarenali; 12. insulina: 13. suprarenala; 14. pancreasul; 15. stimulul actului suptului.

185. Starea psihică. Femeile se comportă foarte diferit imediat după naştere. Multe dintre ele sînt încă atît de agitate şi de pline de fericirea lor, încît nu realizează epuizarea fizică şi nevoia de repaus. Starea de veselie face să treacă pe plan secundar, unele suferinţe proprii. Este de datoria sorei de obstetrică de a o feri de tot ce o poate deranja şi de a încerca să-i calmeze nervii surexcitaţi. Este de domeniul miraculosului cum natura ţine să recompenseze pe femeie pentru durerile pe care le-a suportat: nu numai bucuria că are un copil, dar şi uitarea extraordinar de rapidă a orelor de suferinţe şterge din amintire tot ce ar putea să o apese.

Modificările hormonale din ziua a 3-a—a 5-a de lăuzie favorizează uneori o stare depresivă, caracterizată prin griji insuficient motivate, legate de copil sau de restul familiei. Aşa-numitele „zile cu lacrimi" reprezintă o tulburare psihologică trecătoare. Familia va fi avertizată să menajeze această stare de instabilitate psihică a mamei.

186. Îngrijirea lăuzei. În primele 8—10 zile după naştere, lăuza are nevoie de supraveghere medicală specială şi de îngrijire calificată.

a) Linişte şi repaus. Ea are nevoie *de linişte şi relaxare.* Frecvenţa şi durata vizitelor vor fi reduse. Pentru cele mai agitate se vor rezerva saloane mici, cu anturaj reconfortant.

b) Măsuri igienice. În cadrul curăţeniei corporale, se face întîi spălarea generală şi apoi toaleta genitală. Toaleta genitală (spălături vulvare), în condiţii de perfectă sterilitate, se face cu o frecvenţă variabilă în funcţie de abundenţa lohiilor, dar cel puţin de 2—3 ori pe zi.

Pentru igiena corporală, lăuza poate face duş după cîteva zile, iar baie după 2 săptămîni (în funcţie de scăderea cantităţii lohiilor). Avînd în vedere că s-ar putea să nu aibă încă stabilitatea necesară, atunci cînd face duş va păşi cu atenţie şi se vor lua următoarele măsuri: pentru evitarea alunecării sau căderii, lîngă cada de la baie se va pune un grătar de lemn sau un preş mai gros, iar în cadă o bucată de rogojină sau de postav gros. Lenjeria de pat şi lenjeria de corp se schimbă des. Pentru evitarea murdăririi saltelei, se va pune o aleză de cauciuc sau de material plastic sub cearceaf. Compresele sterilizate se schimbă după cantitatea pierderilor de sînge. Trebuie să se evite să fie atinsă cu mîna partea care se aplică pe părţile genitale. Chiar la lăuza sănătoasă, sîngele şi secreţiile care se elimină după naştere conţin microbi, care, dacă ajung pe mameloane, pot produce inflamaţia glandelor mamare sau/şi pot infecta nou-născutul.

c) Îngrijirea suturii perineului se rezumă în primele zile de lăuzie la spălături vulvare de mai multe ori pe zi. În caz de dureri, se aplică, eventual, un unguent anestezic. În cursul alăptării, pentru a sta pe scaun, se poate folosi un colac de cauciuc umflat cu aer. Pentru a nu forţa perineul, lăuza va şedea mai mult pe una din fese.

În ziua a 5-a se scot firele (chiar şi cele resorbabile deoarece prin aceasta durerile locale scad mai mult). După aceea se poate face zilnic o baie de şezut.

d) Alimentaţia. Opinia după care lăuza trebuie să mănînce cît mai mult şi orice, pentru a favoriza o rapidă recuperare a forţelor, este eronată. După naştere, ea poate primi lichide după 4 ore, iar după 12 ore se trece la un regim normal. Alimentaţia va conţine proteine (lapte, derivate ale laptelui, carne, peşte de apă dulce, ouă) şi vegetale. Prin consumarea de 1/2—3/4 l lapte pe zi, se acoperă plusul de calorii, necesare în lăuzie (vezi şi punctele 355—360).

e) Pulsul şi temperatura se controlează de 2 ori pe zi. După revenirea acasă, este bine să se controleze în continuare temperatura timp de 2 săptămîni. Orice ascensiune peste 37,4°C va fi anunţată medicului obstetrician.

f) Evacuarea urinii este uneori dificilă în primele zile după naştere. Se ajunge uneori la retenţie urinară, cu umplerea şi încărcarea excesivă a vezicii (chiar $1^1/_2$ litri).

Pentru a evita aceasta se recomandă exerciţiile de gimnastică prevăzute la punctul 188 şi aplicaţii de comprese călduţe în regiunea vezicii.

g) Reglarea tranzitului intestinal (scaunele). În timpul primelor 2—3 zile, în general, femeia nu are scaun; clisma făcută înainte de naştere a golit intestinul, iar alimentaţia este constituită în aceste zile predominant din lichide. Intestinul are tendinţa la inerţie, de aceea obstetricianul recomandă, de obicei, în ziua a 2-a după naştere, un laxativ. În ziua a 3-a, dimineaţa, dacă acesta nu a avut efect se introduce un supozitor. Dacă lăuza nu are scaun nici cu acesta, se face o clismă.

După revenirea la domiciliu, dacă se menţine tendinţa la constipaţie, se recomandă un regim care să conţină vegetale din abundenţă (salată de crudităţi, fructe), pîine neagră sau Graham, miere de albine. Gimnastica are efecte favorabile.

De fiecare dată cînd femeia urinează sau are scaun este recomandabil ca regiunea vulvară să fie spălată cu un jet de apă călduţă, care a fost fiartă în prealabil.

h) Mobilizarea precoce reprezintă una din măsurile pentru profilaxia trombozelor. În acelaşi timp, coborîrea precoce din pat şi mişcarea sînt eficace pentru stimularea diurezei, favorizarea tranzitului intestinal şi restabilirea capacităţii de muncă.

În multe maternităţi s-a încetăţenit sistemul de a mobiliza lăuza la 2—3 ore după naştere (prima dată pentru scurt timp), chiar dacă are sutură a perineului.

i) La femeile care au **varice** mobilizarea precoce este importantă. În continuare, în spital şi mai ales acasă, se recomandă o poziţie corespunzătoare în pat (fig. 61).

La picioarele patului, sub saltea, se pune o pătură făcută sul, pentru a uşura revenirea sîngelui dinspre gambe şi coapse spre inimă. Aceasta nu este însă suficientă pentru a goli îndeajuns venele profunde ale membrelor inferioare şi ale bazinului; este bine ca lăuza să se culce de mai multe ori pe zi pe o parte şi, pe burtă, chiar dacă naşterea a comportat o intervenţie operatorie (cezariană, sutură). În unele cazuri particulare, medicul va da alte prescripţii.

j) Sînii lăuzei trebuie îngrijiţi cu multă atenţie. Sînii, înveliţi în două bucăţi de pînză, vor fi ţinuţi în poziţie ridicată, fie printr-un sutien special, fie printr-o eşarfă. Bandajele vor fi bine spălate, călcate şi ţinute în dulap într-un compartiment special. Murdăria şi microbii de pe comprese, sutiene, bandaje sau alte obiecte de lenjerie sînt la originea infecţiei mameloanelor (mastite). Toate manipulările obiectelor de mai sus se fac cu mîinile spălate bine în prealabil.

Înainte de fiecare supt, mama îşi va spăla cu grijă mîinile, unghiile vor fi tăiate scurt. Părul lung, ce cade pe umeri, va fi ridicat şi strîns cu un batic. Se începe cu ridicarea bandajului şi a micilor comprese sterile ce acoperă mameloanele; compresele se îndoaie cu faţa dinspre mameloane în interior, bandajul se strînge corect şi se pun ambele sub pernă. Compresele sterile se schimbă zilnic, pînza triunghiulară, sutienul şi/sau bandajul se schimbă de îndată ce se murdăresc de lapte.

În caz de dureri mari se va anunţa medicul obstetrician, care va face recomandările necesare. Nu se vor aplica decît pomade, pudre sau loţiuni recomandate de medic.

Orice modificare a mameloanelor (sîngerări, fisuri, roşeaţă) sau a sînilor (mastita!) impune anunţarea medicului (vezi punctul 192).

k) Profilaxia infecţiilor. Lăuza este, din motive insuficient cunoscute, mai receptivă la infecţii. De aceea va fi ferită de orice sursă de infecţii (persoane cu guturai, furuncule, răniri, înţepături etc.). Mameloanele se vor menaja cu grijă.

La domiciliu, closetele, baia, prosoapele comune, lenjeria incorect spălată (fără să fie fiartă şi fără să fie călcată!), murdăria de sub unghiile lungi, fructele şi zarzavaturile consumate fără să fie bine spălate etc. sînt o parte din cauzele favorizante ale îmbolnăvirilor.

187. Şcoala mamei. Înainte de plecarea din maternitate, mama va fi instruită, atît asupra modului de îngrijire a nou-născutului, cît şi a sa personală.

Alături de indicaţiile de mai sus, mama va fi atenţionată asupra următoarelor puncte:

a) Nu se va face nici o baie în cadă pînă ce lohiile nu s-au redus cantitativ, ci va face numai duşuri; dacă nu are baie, îşi va spăla corpul de sus în jos, stînd în picioare.

b) Nu va face irigaţii vaginale, chiar în caz de scurgeri, în afară de cazul cînd sînt în mod special recomandate de medic.

c) După revenirea acasă, va fi examinată încă o dată de medicul obstetrician (la 4—6 săptămîni), care va trebui să constate revenirea la poziţia normală a organelor genitale interne şi vindecarea totală a rănilor cauzate de naştere.

d) Lăuza poate ieşi din casă la o săptămînă după externare.

e) Menstruaţia revine, în caz de nealăptare, în medie la 6 săptămîni (6—7 sau 8 săptămîni). În caz de alăptare, apare mai tîrziu; uneori nu apare deloc atîta timp cît mama alăptează.

f) Contactul sexual este permis după 6 săptămîni. Se poate întîmpla ca la început să fie dureros sau însoţit de alte inconveniente, care se remediază de la sine, cu timpul.

g) Munca în gospodărie se reia treptat, de la 2—3 săptămîni.

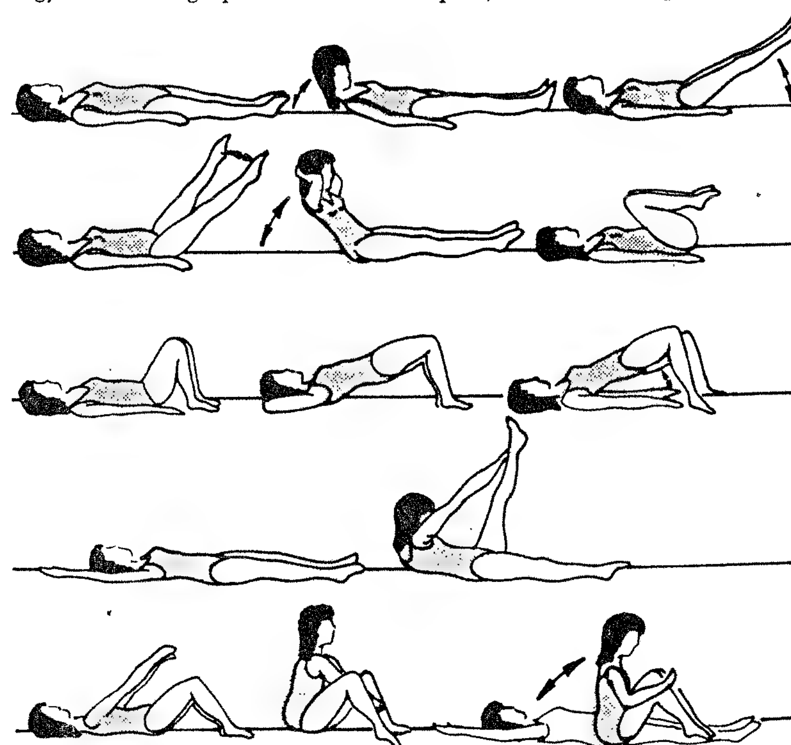


Fig. 59 — Exerciţii de gimnastică pentru lăuză.

h) Lăuza nu trebuie să stea în pat după externare, dar e bine ca, pe lîngă repausul de noapte, să-şi asigure un repaus la orizontală de mai multe ori pe zi.

i) După 2 luni poate avea, din punct de vedere organic, o nouă sarcină. Solicitarea mamei, prin îngrijirea şi alăptarea sugarului, cît şi prin grija gospodăriei constituie motivul pentru care se recomandă intervale mai mari între sarcini.

Se consideră optim intervalul de 2 ani între prima şi a doua sarcină.

188. Gimnastica lăuzei. Se face în scopul de a ajuta organismul în procesul de revenire la normal, în urma modificărilor şi solicitărilor la care a fost supus în cursul sarcinii şi naşterii. Aparatul musculo-ligamentar relaxat şi destins trebuie să revină la dimensiunile şi poziţia normală. Persistenţa relaxării musculare, abdominală şi perineală, poate avea repercusiuni asupra poziţiei şi funcţiei organelor interne.

Din primele zile după naştere pot fi făcute unele exerciţii de gimnastică. Se începe cu exerciţii de respiraţie abdominală, avînd grijă ca în expiraţie să se contracte muşchii peretelui abdominal.

Apoi, dacă lăuza nu are perineotomie, începînd din ziua a 5-a poate face şi alte exerciţii (fig. 59).

Boli în perioada de lăuzie

189. Hemoragiile pot fi cauzate de rupturi (de perete vaginal, de col sau de perete uterin) produse în timpul naşterii, de retenţia unor resturi placentare sau de insuficienta contracţie a uterului (după naşteri prelungite). Rareori ele sînt determinate de tulburări în coagulabilitatea sîngelui lăuzei.

Aceste hemoragii se instalează de obicei în primele ore după expulsie şi beneficiază de tratament în maternitate.

Dacă lohiile devin treptat sau brusc sanguinolente, lăuza e obligată să se prezinte la medic.

190. Febra semnalată în perioada lăuziei poate fi determinată de cauze uterine (stagnarea lohiilor, inflamaţie) sau de infecţii localizate în afara aparatului genital: mastită, infecţii urinare sau ale venelor (flebita, tromboflebita).

191. Febra puerperală. Sub această denumire sînt cuprinse toate infecţiile lăuzei care au ca punct de plecare organele genitale. Chiar în epoca actuală (era antibioticelor) asemenea infecţii pot fi grave. Plaga uterină rezultată din detaşarea placentei şi eventuale leziuni traumatice sau plăgi chirurgicale din timpul naşterii reprezintă o poartă de intrare şi un mediu favorabil pentru multiplicarea unor microbi patogeni.

Aceştia pot proveni chiar din căile genitale materne (infecţii nerecunoscute) sau din afară (obiecte murdare, instalaţii sanitare, lenjerie, floră rinofaringiană de la personalul medical purtător de germeni sau de la vizitatori!).

De aceea, atît în maternitate, cît şi la domiciliu, se impune respectarea unor măsuri riguroase de igienă (vezi şi punctul 186 b).

Infectarea unei plăgi vulvo-perineale se manifestă prin dureri locale, inflamaţia tegumentelor şi părţilor moi (roşeaţă), prin modificarea secreţiilor care devin mai abundente, sero-purulente şi urît mirositoare. Febra în general nu depăşeşte 38°C, iar starea generală nu este modificată. Vindecarea se obţine cu tratament local corect.

Dacă tratamentul nu este aplicat sau sînt alţi factori favorizanţi (lăuză cu slabă rezistenţă la infecţii, anemie, alte boli preexistente) ori microbii sînt deosebit de agresivi, boala se agravează, febra creşte, pulsul este accelerat, secreţiile capătă aspect purulent. Infecţia se propagă de la uter la trompe, ovare, la organele învecinate sau — pe calea sîngelui — în tot organismul (septicemie). Aceste forme necesită tratament energic, numai în condiţii de spitalizare.

192. Mastita este infecţia glandei mamare determinată de microbi ce pot proveni din jurul lăuzei şi al copilului (flora nazofaringiană a mamei, a personalului medical, lohiile, obiecte contaminate etc.). Microbii ajung prin contact direct sau prin intermediul nasofaringelui copilului pe sînul mamei. Prezenţa unor leziuni ale sînului (fisuri, ragade) favorizează pătrunderea germenilor în interiorul glandei mamare.

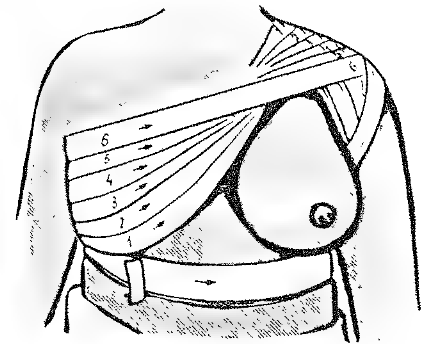


Fig. 60 — Bandaj pentru sîn.

Frecvent, mastita se manifestă după 7 zile de la naştere, deci după externarea din maternitate. Rezultatul tratamentului depinde de precocitatea instituirii acestuia.

Primele semne de mastită sînt durerea, senzaţia de tensiune, înroşirea şi febra. În acest stadiu precoce, prin administrarea de antibiotice, comprese reci, pungă de gheaţă şi susţinerea sînului printr-un bandaj (fig. 60) se poate suprima infecţia. Pentru evitarea stagnării laptelui, sînul va fi evacuat cu ajutorul unei pompe. Problema întreruperii alimentaţiei la sîn (temporar sau definitiv) va fi tranşată de medicul care conduce tratamentul.

Prevenirea mastitei constă în pregătirea adecvată a mameloanelor începînd din cursul sarcinii prin spălări, masaje şi fricţiuni cu prosop aspru (vezi punctele 126, 131), respectarea strictă a regulilor de igienă şi tehnica corectă a alăptării.

Prezentarea la medic de îndată ce apar primele semne de inflamaţie şi tratamentul corect evită evoluţia spre forme grave (abcedare) ce impun înţărcarea.

În cazul abcedării, tratamentul medicamentos nu mai este eficace; se impune incizia abcesului pentru evacuarea puroiului.

193. Flebita, tromboflebita. Pe fondul de varice apărute în cursul sarcinii (punctele 139, 186 i), pot apărea inflamaţii sau tromboze (cheaguri de sînge care îngustează sau astupă la un anumit nivel o venă). Cînd vena afectată este situată superficial se observă traiectul indurat al acesteia; ţesuturile din jur sînt roşii, dureroase, umflate. Mai greu se descoperă o tromboză ce afectează venele profunde, din bazin.

Pentru prevenirea acestei afecţiuni se recomandă:

a) consum crescut de lichide: ceaiuri de plante (tei, muşeţel, sunătoare) zaharate sau sucuri de fructe diluate cu apă;

b) mobilizarea precoce (vezi punctul 186 h) după naştere; timp de 2—3 săptămîni se vor aplica bandaje speciale (faşă elastică) la nivelul membrelor inferioare cu zone varicoase pentru a evita stagnarea sîngelui în aceste zone;

c) poziția în pat va fi orizontală, iar lăuza cu varice va așeza sub saltea, la picioare, o pătură făcută sul pentru a ușura scurgerea sîngelui din gambe spre inimă (fig. 61);

d) exerciții de gimnastică (vezi punctul 188).

193 bis. Durerile osoase ce survin la unele lăuze, cu intensitate variabilă, în dreptul oaselor bazinului și în special a simfizei pubiene, sînt datorite laxității (ramolirii) simfizei pubiene *(simfizioliză)*, exacerbată în cursul nașterii. Rareori, se descriu chiar leziuni ale acestei regiuni.

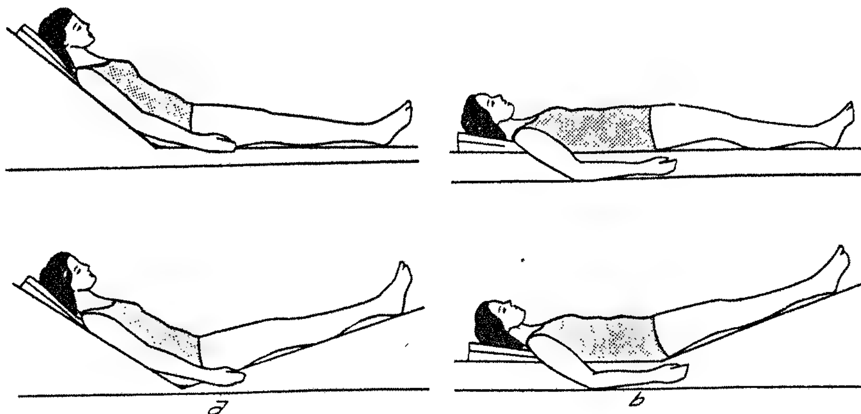


Fig. 61 — Poziția în pat a lăuzei:
a) poziție necorespunzătoare; b) poziție corespunzătoare.

Trebuie să li se acorde atenție și să fie tratate (bandaj strîns al bazinului și repaus la pat), altfel pot persista ducînd la „mers ca de rață".

194. Tulburările psihice din perioada de lăuzie, manifestate sub forma unei labilități psihice crescute, sînt determinate de modificări endocrine. Stările de depresiune ușoară nu sînt considerate ca patologice. Ele dispar dealtfel treptat după externare, odată cu normalizarea echilibrului hormonal.

De cele mai multe ori, prin efortul de voință al lăuzei, ajutată de atitudinea plină de înțelegere a familiei, se pot compensa fără dificultate aceste tulburări psihice.

Mult mai rar se întîlnesc adevărate *psihoze de lactație*, ce se manifestă începînd cu ziua a 3-a — a 8-a după naștere și necesită tratament psihiatric. Acestea se însoțesc de agitație, neîncredere, interpretare falsă a unor fapte, acte de egoism, halucinații, acte agresive față de propriul copil (pruncucidere). Lăuza nu-și poate controla limbajul, rămîne însă conștientă. Pot apărea stări depresive grave, tentative de sinucidere.

Evoluția psihozei de lactație poate oferi surprize. În general însă prognosticul este bun.

3

SUGARUL

195. Vîrsta de sugar este cuprinsă între momentul nașterii și douăsprezece luni împlinite. Este perioada cu cele mai impresionante salturi (creștere și dezvoltare), cu probleme dificile de îngrijire (alimentație, curățenie) și de prevenire a unor îmbolnăviri specifice (rahitism, anemie, infecții).

În primul capitol, la punctele 5—26, am arătat caracteristicile generale și criteriile de urmărire ale acestei perioade. Pentru înțelegerea modului cum trebuie apreciat și urmărit copilul în această perioadă mai aducem cîteva noțiuni introductive despre dezvoltare.

196. Motricitatea (vezi punctul 24). La început, poziția sugarului se aseamănă cu cea din viața intrauterină, caracterizată prin dominarea tonusului (punctul 21) de flexie a extremităților. Mișcările spontane au caracter de „pedalare" și privesc concomitent sau în succesiune scurtă toate cele patru extremități. Încetul cu încetul, din acest „haos motor" se cristalizează mișcări izolate țintite. Succesiunea mișcărilor se diferențiază într-o anumită ordine: de sus în jos și de la rădăcina la extremitatea membrului. Mișcările reflexe cu care se naște copilul sînt înlocuite treptat cu mișcări învățate, voluntare. Cele mai importante etape sînt:

— *la 3—4 săptămîni:* coordonează mișcările globilor oculari; fixează cu privirea unele obiecte luminoase sau colorate în mișcare; așezat pe burtă ridică capul;
— *la 2 luni:* așezat pe burtă ridică capul și umerii;
— *la 3 luni:* își ține capul cînd este ridicat în sus;
— *la 4—5 luni:* la tracțiunea din poziție culcat pe spate, ținut de mîini, își susține capul;
— *la 5—6 luni:* se întoarce de pe burtă pe spate;
— *la 6—7 luni:* stă în șezut cu sprijin minim, întinde mîna pentru a apuca obiecte;
— *la 7—8 luni:* se întoarce de pe spate pe burtă;
— *la 8—10 luni:* merge în patru labe, stă în picioare sprijinit;
— *la 10—12 luni:* stă în picioare fără sprijin, se ridică ținîndu-se de obiecte;
— *la 11—15 luni:* face primii pași fără sprijin.

197. Percepția. În primele săptămîni de viață, *comportamentul* sugarului este dictat de satisfacerea nevoilor lui de bază: *căldură*, *liniște*, *sa-*

ţietate. Manifestă predominant reacţii „negative" prin plîns, cînd aceste condiţii nu sînt îndeplinite, adică atunci cînd îi este frig sau foame sau cînd liniştea îi este tulburată prin excitanţi auditivi sau vizuali de intensitate prea mare. *Cu ochii* fixează şi urmăreşte, observă de timpuriu obiecte şi le diferenţiază de alte obiecte din jur. Un organ important de cunoaştere (orientare) este *gura* (linge, suge, muşcă obiecte); cu ajutorul gurii, sugarul cunoaşte o bună parte din lumea înconjurătoare. *Mîinile* ating la început din întîmplare obiectele, mai tîrziu ele apucă obiecte pe care le-a perceput cu privirea. Începe exerciţiul, experimentarea coordonată: *ochi-mînă, mînă-ochi*. În felul acesta, învaţă să-şi cunoască propriul corp, să-l delimiteze de mediul înconjurător. Pe lîngă nevoile lui de bază, se instalează crescînd *nevoia de mişcare* (contactul cu mediul). Aceasta se realizează dacă sugarul are variaţie în decor şi dacă va fi asigurată comunicarea permanentă cu adulţii din jur (punctul 27).

198. **Limbajul.** De la 3 luni se pot deosebi diferite moduri de „exprimare". După natura sunetelor emise se deduce dacă se simte bine (după masă, după baie). Mai întîi gîngureşte, iar spre 6 luni pronunţă sunete diferenţiate, le repetă, „bolboroseşte" cu salivă, experimentînd propriile posibilităţi. La 8—9 luni imită silabe „ta-ta", „da-da", „na-na", „pa-pa", „ma-ma". Concomitent manifestă atenţie şi înţelegere crescîndă pentru vorbire. Astfel, se opreşte dintr-o acţiune dacă i se spune „nu-nu", întoarce capul dacă i se arată un obiect din cameră sau figura unuia din părinţi sau repetă (dacă i se cere) „pa-pa".

199. **Contactul social.** Prima reacţie pozitivă la adresa adultului se materializează în cursul celei de a *doua luni de viaţă prin primul zîmbet. În a doua jumătate a primului an de viaţă*, sugarul ia contact din ce în ce mai activ cu adulţii *prin intermediul privirii, prin sunete şi prin gesturi*. Deosebeşte figurile cunoscute de cele necunoscute; faţă de persoanele străine, majoritatea sugarilor are reacţie de apărare şi de teamă *(frica de străin)*, de multe ori asociată şi cu *teama de despărţire* (sugarul ţipă de cîte ori este părăsit de mamă). *Imită* sunete şi gesturi ale adulţilor. Se manifestă şi în acest comportament *nevoia de activitate*, care se ilustrează şi în ritmul său somn-veghe. Sugarul mic doarme circa 20 ore pe zi, trezindu-se într-un ritm relativ constant — ziua şi noaptea — pentru scurt timp, la masă; după 6 luni nevoia de somn este de 16 ore, din care 12 noaptea şi numai 4 ore în cursul zilei. *În această etapă adulţii au pe lîngă obligaţiile de îngrijire şi de protecţie şi pe aceea de factor stimulator şi de partener de joc* (punctul 26).

Odată cu împlinirea primului an de viaţă s-a atins o treaptă de dezvoltare importantă. Copilul stă în picioare, face singur cîţiva paşi şi pătrunde activ în lumea înconjurătoare. Foloseşte intens ambele braţe pentru a mînui diferite obiecte. Înţelege propoziţii simple, pronunţă silabe şi cuvinte simple. Caută societatea altor persoane şi le imită gesturile. Poate îndeplini ordine simple prin gîndire proprie.

Nou-născutul (0—28 zile)

200. În cadrul perioadei de nou-născut (vezi punctul 5) se deosebesc două subdiviziuni: *perioada neonatală precoce sau perinatală (0-7 zile)* şi *perioada neonatală tardivă (8—28 zile)*.

201. **Atitudinea psihică în faţa naşterii copilului.**

a) **În maternitate.** În determinarea sănătăţii fiinţei umane există două evenimente hotărîtoare: *concepţia* (numită popular zămislirea, care este procesul prin care ia fiinţă un nou individ în urma fecundării ovulului de către spermatozoid) — dacă cei doi genitori, respectiv tatăl şi mama, sînt sănătoşi

şi nu transmit din patrimoniul lor genetic vreo trăsătură ereditară bolnavă; ulterior în urma unei îngrijiri corespunzătoare, urmaşii lor au toate şansele de a deveni indivizi sănătoşi, înzestraţi corespunzător în vederea desfăşurării normale a întregii lor existenţe.

Al doilea eveniment hotărîtor este *naşterea*. După 9 luni de sarcină, însoţită de atîtea speranţe şi îndoieli, urmează naşterea, care, pe cît a fost de aşteptată, pe atît vine de repede şi de neprevăzut.

În timpul sarcinii şi naşterii fătul este într-o totală unitate cu mama sa, care îi asigură toate condiţiile şi substanţele necesare dezvoltării. Mama şi fătul sînt într-o stare de simbioză, care se continuă de fapt şi în primul an de viaţă. Premiza de bază pentru un echilibru psihic al mamei şi pentru o dezvoltare normală a sugarului rezidă în felul cum mama recunoaşte înlăuntrul ei acest biosistem, unitatea dintre ea şi făt. La capitolele despre sarcină s-a vorbit despre igiena psihică a gravidei. Ceea ce s-a spus despre atitudinea psihică a mamei faţă de copil este valabil nu numai în timpul sarcinii, ci şi pentru actul naşterii. *În preajma naşterii, la intrarea în maternitate, în cursul „durerilor de facere" (travaliu), mama trebuie să fie pătrunsă de adevărul că naşterea este un proces fiziologic. Chiar în condiţii total fiziologice, travaliul reprezintă o solicitare fizică considerabilă a întregului organism. O bună relaxare musculară a mamei nu se realizează într-o stare de încordare psihică. Orice femeie trebuie să pornească de la constatarea că la majoritatea femeilor naşterea se desfăşoară normal.* Bunicile şi străbunicile noastre, femeile din moşi-strămoşi, au născut copii fără incidente şi accidente. Naturaleţea, firescul şi seninătatea lor au constituit sprijinul covîrşitor în trecerea cu bine a acestui eveniment, care împlineşte şi dă conţinut fiinţei umane de sex feminin. Accidentele din trecut se datorau lipsei de maternităţi şi nepriceperii moaşelor empirice.

Astăzi, în stadiul la care a ajuns medicina, prin condiţiile moderne ale maternităţii şi prin organizarea gratuită de către stat a întregii asistenţe a mamei şi copilului, toate primejdiile de odinioară au dispărut.

Femeia „modernă", ruptă de tradiţiile transmise altădată din gură în gură în orice familie de către mame şi bunici, iar pe de altă parte complicată prin angajarea în viaţa trepidantă a secolului al XX-lea, este, din punct de vedere psihic şi al iniţierii, mai nepregătită decît generaţiile din trecut. Multe femei au azi o *teamă* în faţa actului naşterii. Teama este întreţinută de lipsa de informare privind naşterea, de noţiuni greşite culese de la persoane neiniţiate (colege de serviciu, rude, moaşe mediocre, din filme şi romane care-şi condimentează deznodămîntul cu întîmplări tragice legate de naştere etc.).

Pe lîngă frică, se mai întîlneşte uneori şi *lipsa dorinţei de a avea copil.* La acestea putem adăuga şi faptul *că unele femei ajung să nască epuizate fizic şi psihic, prin viaţa lipsită de cumpătare dusă pînă atunci.*

Dacă fătul adus pe lume a fost zămislit de parteneri sănătoşi, dacă îngrijirile au fost corespunzătoare în timpul sarcinii, nu există motive de îngrijorare. Cu un obstetrician care este informat asupra trecutului mamei şi asupra modului cum a decurs sarcina, chiar dacă apar situaţii neprevăzute, acestea se rezolvă rapid şi eficient. Imediat după naştere, inclusiv în situaţiile în care au survenit unele incidente, mama va încerca să aibă încredere în forţele proprii şi să fie convinsă că prin devotamentul ei (alimentaţie la sîn, dăruire permanentă, îngrijiri corecte) multe din urmările acestor incidente sau accidente se înlătură cu timpul. *Despre evoluţia unui copil care a suferit la naştere nu se pot face afirmaţii categorice decît după o perioadă oarecare de timp, urmărind modul cum evoluează indicii de dezvoltare fizică, psihică şi motorie.* Sînt nenumărate cazurile în care oameni celebri au prezentat o suferinţă la naştere. Ca un caz demonstrativ, cităm din opera autobiografică „Poezie şi ade-

văr" a marelui scriitor german *Goethe:* „prin lipsa de dibăcie a moaşei, m-am născut aproape mort şi numai prin numeroase sforţări de tot felul am izbutit să văd lumina zilei. Împrejurarea aceasta, în care rudele mele au dat dovadă de îngrijorare, a folosit concetăţenilor mei, deoarece bunicul dinspre mamă, primarul Johann Wolfgang Textor, a angajat, drept urmare a acestei întîmplări, un mamoş şi a pornit la introducerea şi înnoirea moşitului, lucru care va fi folosit multor copii născuţi după mine"[1]. Goethe s-a născut la 28 august 1749. Or, moşitul s-a „înnoit" îndeajuns. În plus, orice mamă ar fi mîndră dacă ar naşte, indiferent cum, un al doilea om de valoarea lui Goethe! De aceea femeia trebuie să fie informată şi să posede unele noţiuni despre naştere, care să-i permită să înţeleagă bine şi să urmeze prescripţiile medicului şi moaşei.

b) Revenirea în familie. Gîndurile şi grijile întregii familii să fie îndreptate în primul rînd către mamă. De luni şi luni de zile, organismului mamei a fost adaptat la prezenţa fătului. În momentul naşterii intervine o schimbare bruscă. Această modificare biologică (hormonală etc.) intensă se produce ca un şoc. Urmarea cea mai pregnantă este apariţia aşa-numitelor „lacrimi de lăuzie". Este suficient ca nou-născutul să sugă cu 5 ml mai puţin, ca soţul să-şi exprime cine ştie ce îndoieli despre mamă sau nou-născut sau ca mama să constate că nici o fustă nu-i mai vine bine, pentru ca să verse şiroaie de lacrimi. Acum începe rolul soţului-tată, care trebuie să arate înţelegere pentru aceste manifestări de depresiune. *„O femeie are nevoie de 9 luni pentru a deveni mamă. Mama are nevoie de 9 luni pentru a redeveni femeie. Ea are nevoie de menajamente în ambele aceste drumuri!"*

202. Gînduri pentru căsnicie. Tînăra femeie rămîne soţia bărbatului ei, chiar dacă a devenit şi mamă. Deşi dominată de instinctul matern, ea este datoare să vegheze, ca şi pînă acum, la drepturile soţului, să manifeste acelaşi interes şi afecţiune pentru el. Dacă va proceda altfel, bărbatul va prefera pînă la urmă cercul prietenilor din afara căminului. O planificare corectă a timpului permite mamei să se ocupe de copil, de soţ şi de ea însăşi. Pentru aceasta este nevoie de puţină încredere în sine: orice mamă se descurcă cu propriul ei copil! Civilizaţia a pus la îndemîna mamei numeroase înlesniri: îmbrăcăminte gata confecţionată pentru sugar, frigider, maşină pentru spălat rufe, preparate de lapte industriale, presa de fructe etc., cu ajutorul cărora realizează economie de timp.

203. Copilul mai mare va resimţi venirea unui alt copil cu atît mai multă intensitate cu cît este mai în vîrstă. Între 1 şi 2 ani, problemele psihologice sînt mai puţin importante, dar cu începere de la 2 ani, copilul înţelege mai bine; părinţii trebuie să-l prepare pentru schimbările care se aşteaptă cînd cel mic va fi adus acasă. Este inutil să i se anunţe această sosire chiar din momentul cînd medicul a confirmat sarcina. Este preferabil să se aştepte pînă cînd mama „se împlineşte", „are burta mare", pentru a-i anunţa noutatea. Aşteptarea este lungă pentru copilul mai mare. Se vorbeşte adesea de „bebe", părinţii şi prietenii se interesează şi vorbesc despre tot ce este nou în legătură cu cel aşteptat, iar copilul mai mare se simte deja puţin uitat. De obicei părinţii, rudele şi prietenii îi spun aceeaşi frază: „Vei avea o surioară sau un frăţior". Zilele trec şi nimic nu se întîmplă, dar mama continuă să se „îngraşe". Curînd vin preparativele, adesea se adaugă un pat în camera sa. Psihologic, este mai bine să nu se schimbe patul copilului în acest moment, deoarece s-ar naşte un sentiment de frustrare. Din aceste motive este bine să i se ceară părerea asupra preparării colţului pentru „cel mic". El se simte preţuit, căci serveşte la ceva ce va trebui noului venit. Copilul mai mare realizează greşit ceea ce are să se întîmple: de aci, adesea, o mare decepţie, mai frecventă la băiat decît la fetiţă, cînd vede o fiinţă atît de mică, neputincioasă, care nu ştie decît să mănînce, să doarmă şi să plîngă şi de care mama trebuie să se ocupe tot timpul. El a aşteptat un viitor camarad de jocuri, dar va trebui să aştepte multe luni înainte ca aceasta să se realizeze. Astăzi, copiii se ciocnesc de o lume mai naturală, în care adevărul nu le mai este ascuns. Este deci foarte greşit de a inventa poveşti perimate cu berze, trandafiri, verze etc. Ei sînt atît de deştepţi şi de buni observatori încît să vadă foarte bine ce se schimbă la mamă. Este mai simplu să i se spună că „bebe" este foarte aproape de inima mamei, de unde a (au) venit şi celălalt (ceilalţi) frate (fraţi). Copiilor mai mari (peste 6—7 ani) li se va spune, pe înţelesul vîrstei lor, despre modul cum este conceput, purtat în timpul sarcinii şi născut; după 10—11 ani se vor pune la dispoziţia copiilor cărţi de iniţiere asupra reproducerii umane. O sursă de decepţii pentru copii este anticiparea sexului celui aşteptat.

Aşteptarea unui al doilea copil într-o familie nu este simplă dacă se doreşte ca această venire să fie pe deplin acceptată de primul copil. Nu se poate nega că probleme noi de ordin psihologic vor apărea la sosirea nou-născutului. Totuşi, aceste probleme vor fi rapid aplanate în măsura în care aşteptarea va fi bine preparată.

a) Primirea fraţilor şi surorilor. Pentru un copil sensibil, venirea unui frate sau a unei surori este o sursă de emoţie profundă. El este fericit să proclame această naştere la toate persoanele pe care le întîlneşte şi la micii săi prieteni (la grădiniţă sau la şcoală). Dacă „bebe" este de acelaşi sex, copilul mai mare se socoteşte superior faţă de acest nou-născut. Un frate mai mic, pentru o „soră mare" (sau invers) provoacă puţină teamă faţă de necunoscutul pe care-l întruchipează. Cînd cel nou-venit nu este ceea ce aştepta, copilul este puţin derutat, dar imaginaţia îl va ajuta ca nou-născutul să apară, de cele mai multe ori, după închipuirea lui (adesea foarte diferit de ceea ce este). Aşa se explică episoade ca acesta: un băieţel de 3 ani telefonează mamei sale la maternitate spunîndu-i „trimite-mi frăţiorul, vreau să-i vorbesc". Cînd fraţii sînt mai mari, surpriza dublată de puţină anxietate nu mai este atît de profundă, mai ales dacă sînt deja mai mulţi copii în casă.

Naşterea poate antrena o mare tulburare la copiii foarte sensibili şi timizi. Se întîmplă ca în timpul internării mamei în maternitate copilul (copiii) să fie dus în altă familie; dacă este dus la bunici sau alte rude apropiate (unde este de obicei răsfăţat), reacţiile vor fi mai puţin importante; dacă plasamentul se va face la străini (prieteni sau într-o instituţie pentru ocrotirea de copii sănătoşi), este posibil ca această îndepărtare temporară să fie interpretată ca o excludere şi să-l tulbure pentru mai multă vreme, chiar dacă tatăl său îl aduce seara acasă.

Pentru fraţi şi surori, sosirea unui nou-născut pune totdeauna probleme. *Copiii între 2 şi 5 ani dovedesc o multitudine de sentimente complexe şi contradictorii (curiozitate şi interes, gelozie şi nelinişte, decepţie, chiar ostilitate) care pot fi la originea unor conflicte psihologice.* Ei le traduc prin atitudini multiple; mai întîi, ei se apropie mereu de „bebe", pe care-l privesc, îl ating, îl gîdilă, îl ciupesc, din nevoia de a-i provoca reacţii. Cel „mic" devine centrul de interes al celui „mare" care încearcă să-i atragă atenţia arătîndu-i jucăriile şi cărţile sale; el ţipă, cîntă, ceea ce atrage adesea, din partea adulţilor, o atitudine violentă, de neînţeles pentru copil. În aceste zile şi în săptămînile care urmează, copiii se pot manifesta variat: **a)** băieţei care pînă atunci foloseau oliţa, încep din nou, „să facă în pantaloni"; **b)** fetiţele (mai ales) cer să-şi bea laptele numai cu „biberonul", aşa cum i se dă lui „bebe"; în astfel de situaţii, pentru a nu le priva de lapte şi pentru a nu lărgi gama de reacţii negative, sîntem de părere

[1] Din „Poezie şi adevăr", pag. 7—8 de Johann Wolfgang Goethe. Trad. de Tudor Vianu, Editura pentru literatură, 1967.

să se accepte temporar această dorinţă de circumstanţă; c) apare sau se accentuează nevoia de a-şi suge degetul; d) în timpul alăptării sugarului, copilul mai mare vrea să stea lipit sau chiar pe unul din genunchii mamei; e) alteori (mai rar, este adevărat) copilul între 2 şi 5 ani are atitudini agresive şi ostile, ce au loc chiar în prezenţa părinţilor; sînt impulsiuni imposibil de controlat. *La copiii mai mari (6—12 ani) pot apare: scăderea randamentului şcolar, tendinţa de izolare sau de a pleca de acasă, căutînd societate în afara familiei (alţi copii de vîrsta lor, bunici etc.).* În familiile unde copilul unic la părinţi aşteaptă un frăţior, mai ales fetiţele, pe lîngă o mîndrie declarată peste tot, sînt preocupate şi grijulii, cu atitudini şi gesturi ce imită pe ale mamei. Chiar în astfel de situaţii, pentru că un copil mic nu are discernămîntul ca de la un gest de mîngîiere sau de îngrijire să nu ajungă la un act de agresiune pentru cel mic, *nou-născutul nu va fi lăsat singur* în societatea lui, fiind expus la accidente (sufocare, răsturnarea coşului, cădere, administrare de alimente necorespunzătoare, aplicarea de substanţe cosmetice etc.).

Aceste reacţii normale, pot fi atenuate printr-o atitudine înţelegătoare din partea părinţilor. Înainte de naştere, se va vorbi copilului cu moderaţie, despre viitorul „bebe", arătîndu-i că şi el a fost aşteptat la fel în urmă cu cîţiva ani şi ajutîndu-l la pregătirea camerei sau colţului pentru cel aşteptat. Un mic dar, în momentul reîntoarcerii din maternitate, măreşte fără îndoială bucuria de a revedea mama cu un pui de om adormit şi plîngăreţ. Este bine, de asemenea, de a-i cere ajutorul (spunîndu-i că „este mare"), antrenîndu-l la mici servicii care îl fac să crească în ochii lui. A se ocupa de nou-născut este o mare bucurie pe care i-o acordă mama sa: s-o anunţe cînd plînge, s-o ajute cînd pregăteşte biberonul sau cînd îl înfaşă. Mîndria şi atitudinea lui sînt de-a dreptul înduioşătoare.

Din partea tatălui, ca gesturi de afecţiune faţă de copilul mai mare recomandăm: **a)** să-l mîngîie mai mult decît pe cel mic; **b)** să-şi găsească timp pentru el de joc şi plimbare; **c)** să-l asigure tot timpul că el nu a pierdut nimic din dragostea părinţilor; **d)** să-l felicite pentru o iniţiativă mai mult sau mai puţin fericită, dar care izvorăşte dintr-o intenţie bună; **e)** să tolereze (şi aceasta este mai dificil) chiar regresiunea în dezvoltarea psihomotorie (care este trecătoare) şi în comportamentul general al copilului.

În concluzie, indiferent de vîrsta fraţilor (surorilor) mai mari, familia trebuie să facă totul pentru ca aceştia să nu aibă impresia că sînt trecuţi pe un plan secundar şi să nu se adopte faţă de cel mic atitudini preferenţiale.

204. „Misiunea" tatălui. a) Înainte de naştere. În măsura posibilităţilor, este bine ca tatăl, deopotrivă de răspunzător de viitoarea naştere, să fie un participant activ la preparative. El are un rol de susţinere faţă de mamă. Această perioadă este tulburătoare pentru femeie. Soţul va trebui, aşadar, s-o liniştească, să-i insufle siguranţă şi optimism. Va fi tot aşa de interesat de evoluţia fătului; la rîndul ei, femeia trebuie să încerce să-l facă să participe la trăirile ei fără ca aceasta să devină o oboseală. Tatăl va fi foarte emoţionat şi angajat cînd reuşeşte să „prindă" mişcările fătului. În majoritatea cazurilor el arată o bucurie cu totul legitimă, cînd fătul „mişcă" prima dată. Cînd copilul este prea dorit, se întîmplă, însă, ca viitorul tată, să fie prea neliniştit şi să înconjoare pe soţia sa cu o solicitudine excesivă. El se teme de un gest care să fie nefast pentru făt; în loc de a fi stimulant, el poate deveni acuzator şi pisălog şi atunci soţia i se va destăinui din ce în ce mai puţin. Soţul poate avea un rol în treburile casnice ale soţiei sale, mai ales cînd aceasta lucrează. În zilele în care o simte mai obosită sau neliniştită, viitorul tată poate propune cu gentileţe: „odihneşte-te, am să prepar eu masa". Este bine ca soţia să nu refuze acest lucru! *Trebuie încetăţenită concepţia că în prezent participarea bărbatului la gospodărie să devină o obişnuinţă.* Această participare este deosebit de preţioasă în perioada de aşteptare a unui copil. Pregătirea camerei se face „în doi" sau, cel puţin, cu avizul tatălui, chiar dacă el găseşte că „asta nu-l priveşte". El ajută la transformările care sînt adesea de făcut într-un apartament. Tatăl trebuie să trăiască aşteptările şi speranţele viitoarei mame. El are datoria să contribuie la crearea unui climat familial destins. Din păcate, din ce în ce mai mult, prezenţa unui tată este inconstantă. Nu se poate nega că absenţa paternă influenţează asupra stării psihologice a femeii însărcinate. În multe familii gravida trebuie să suporte singură neliniştile, obligaţiile casnice şi cîteodată criticile. Adesea, gravida nu poate să împărtăşească îndoielile, bucuriile şi speranţele ce le are în aşteptarea copilului. Dacă mediul familial admite pe viitorul copil, izolarea este mai puţin completă; adesea însă tînăra femeie este nevoită să se închidă în singurătate din cauza dezacordurilor din familie. Cîteodată, tatăl este prezent numai fizic, păstrînd o atitudine distantă, un indiferentism pentru viitoarea naştere. În astfel de cazuri, soţul este o povară suplimentară pentru femeie.

b) În timpul cînd soţia este internată în maternitate, rolul soţului este destul de ingrat şi de controversat. Un tată în devenire se simte stîngaci, uneori ridicol, nu-şi găseşte rostul şi, ceea ce este mai trist, unii nici nu încearcă să aibă vreun rol. Orice tată trebuie să ştie că, odată cu venirea primului copil în familie, căsătoria a intrat într-o nouă fază; de-abia acum începe căsătoria adevărată; cu un mare adaos de griji, de preocupări, de cheltuieli şi mai ales de responsabilitate. Mica fărîmă de viaţă va „răsturna" şi va „umple" toată casa; se vor schimba toate „tabieturile" de pînă acum, se va rearanja şi completa mobilierul, se va schimba programul nu numai al zilelor şi săptămînilor ce urmează, ci al întregii vieţi a celor doi parteneri. Prin copii familia capătă conţinutul său firesc şi cel mai de preţ. Prin copii începem şi noi să trăim o nouă copilărie, să creştem cu copiii noştri, să redevenim tineri. S-a vorbit multă vreme că tatăl „ajută" pe mamă în tot ce este în legătură cu copiii. Considerăm că acest rol de ajutor nu este nici suficient şi nici echitabil, într-o epocă cînd ne lăudăm cu egalitatea sexelor. Rolul tatălui este de colaborare, de înhămare la „jugul" comun al creşterii şi formării urmaşilor. Fără colaborare şi împărţirea eforturilor, femeia, atît de angajată în societatea modernă, nu va putea face faţă acestei îndatoriri de bază a oricărui cuplu uman.

205. Ajutorul bunicilor. Prima lună după naşterea copilului este cea mai încărcată din viaţa mamei. Pe lîngă sora de ocrotire şi tatăl copilului, este necesar şi ajutorul unei a treia persoane. Oboseala şi surmenajul din perioada de lăuzie pot avea urmări nefaste pentru sănătatea sugarului şi a mamei.

Este de dorit să existe o bună înţelegere între cele două bunici ale copilului. Acestea se vor strădui să menajeze pe mama copilului, atît fizic, cît şi psihic. În primul rînd, *bunicile nu trebuie să încerce să dirijeze totul şi să o trateze pe mamă ca pe un copil. Mama simte că nou-născutul este în primul rînd copilul ei, că-i aparţine exclusiv ei şi că este în stare să-l crească singură. Bunicile sînt obligate să-şi strunească pornirile de posesiune şi de diriguire, oferindu-şi numai experienţa şi o participare activă la treburile casnice, printr-o prezenţă discretă şi agreabilă.*

Tinerii părinţi, la rîndul lor, trebuie să ştie că bunicii copilului lor sînt persoanele care, datorită dragostei pe care o poartă, oferă acestuia o îngrijire de care nu este în stare nici cea mai harnică persoană străină.

Cea mai mare parte a părinţilor tineri nu sînt siguri de nimic. Ca orice începători, se tem să nu fie socotiţi incompetenţi şi adesea se supără la orice critică.

Mulţi bunici îşi amintesc şi mărturisesc propriile lor greşeli şi stîngăcii din tinereţe şi nu intervin. Alţii se simt superiori prin faptul că „au experienţă", au nişte opinii bine stabilite, îşi adoră nepoţii şi nu se pot abţine de a-şi exprima şi a încerca să-şi impună părerile.

Medicul pediatru şi sora de ocrotire vor ajuta pe tinerii părinţi să armonizeze raporturile cu bunicii, analizînd pe larg diferitele puncte de vedere. Orice litigii se vor discuta deschis, fără să se facă insinuări supărătoare sau să se păstreze o tăcere reprobatoare. Medicul sau sora de ocrotire vor fi luaţi drept arbitri atunci cînd apar dispute asupra unor metode de îngrijire.

Mama nu va capitula atunci cînd are dreptate, dar va proceda cu tact şi înţelegere faţă de bunele intenţii ale bunicilor. Atitudinea rezonabilă a tinerilor va asigura relaţii bune şi ajutorul bunicilor pe viitor.

La rîndul său, bunica — cu măsură şi bun simţ — va acorda încredere mamei, adaptîndu-se la noile metode de îngrijire a copilului.

La epuizarea concediului mamei, în locul unei persoane străine, este de preferat ca sugarul să fie încredinţat bunicilor, chiar acceptînd unele compromisuri; ar fi iluzoriu de a se aştepta ca bunicii să respecte toate normele stabilite de părinţi. Dar, oricît ar fi de greşite unele concepţii ale bunicilor în ceea ce priveşte îngrijirea sugarilor şi copiilor mici, ei o fac totdeauna cu dragoste şi pasiune, ceea ce nu se poate aştepta de la o persoană străină, oricît de pricepută şi de bine retribuită ar fi. Dealtfel, mulţi bunici, după pensionare, se obişnuiesc greu cu inactivitatea; creşterea nepoţilor le dă prilejul de a fi iar folositori, existenţa lor căpătînd un conţinut nou şi un stimul de viaţă.

206. Vizitele. a) La maternitate. În unele maternităţi sînt permise în anumite zile şi pe intervale scurte. Este indicat ca vizitatorii să fie cît mai puţini, dintre rudele foarte apropiate (dacă este posibil numai tatăl), iar vizitele să se facă în intervalele şi condiţiile autorizate de conducerea maternităţii. *Fraţii şi surorile nou-născutului,* dacă sînt mici, nu vor fi lăsaţi să vină la maternitate din cauza agitaţiei lor; şcolarii pot fi purtători de boli contagioase. *Rudele şi prietenii* trebuie să se arate discreţi. Este bine să se informeze despre starea de sănătate şi de oboseală a mamei înainte de a se duce la maternitate. *Vizitatorii* vor evita să vină imediat după prînz pentru ca mama să se odihnească puţin. Ei nu vor sta mult timp, mai ales dacă sînt şi alţi vizitatori sau dacă mama este internată într-un salon comun. Chiar dacă este singură în cameră, trebuie să ne gîndim că vor veni şi alte persoane, ceea ce va duce la oboseala lăuzei; adesea, în zilele de vizită mamele au puţină febră.

Cei care sînt „răciţi" (cu guturai) se vor abţine de la vizite căci există riscul contaminării mamei şi nou-născutului; o scrisoare va face tot atîta plăcere.

b) La domiciliu. În primele zile după întoarcerea în familie, mama şi nou-născutul au nevoie de linişte. *Vizitele, oricît de bine intenţionate, nu sînt binevenite înainte de 4—5 zile.* Mama şi nou-născutul nu sînt obişnuiţi cu noul program al zilei, deosebit de cel din maternitate. Mama este nouă în rol, adesea suprasolicitată de alăptarea, de îngrijirile nou-născutului şi de treburile gospodăreşti. Pe de altă parte are un psihic labil, este susceptibilă de a fi contrariată de unii nepoftiţi sau de discuţii şi interpretări neavenite; cea mai mică ironie sau critică o răneşte profund. Agitaţia produsă de „du-te-vino" al vizitatorilor duce la încărcarea atmosferei, cu enervarea mamei, ceea ce face ca nou-născutul să plîngă, să sugă mai greu, să regurgiteze şi să doarmă mai puţin.

*Nou-născutul va fi privit de la distanţă; este interzis oricărei persoane (în primele zile, inclusiv tatălui şi bunicilor) de a-l lua în braţe, de a-l săruta, de a se „juca" cu el, de a-i „vorbi" din apropiere şi chiar de a-l atinge. **Mama trebuie** să fie fermă pentru a interzice un astfel de comportament, care, pe lîngă inconvenientul de a crea stări de agitaţie, poate duce la transmiterea unor infecţii.*

Trebuie evitate conversaţiile cu vocea prea tare, ceea ce este obositor pentru mamă şi poate trezi pe sugar dacă ora alăptării se apropie. Această precauţie este şi mai necesară în timpul alimentaţiei sugarului. Convorbirile la telefon, mai ales dacă sînt lungi şi la ore nepotrivite, pot fi tot aşa de stînjenitoare. Dealtfel nu e permis mamei să întrerupă alimentaţia copilului; orice bruscare poate declanşa ulterior dificultăţi de alimentaţie.

207. Darurile. O naştere este un prilej de a se oferi daruri. Un vechi obicei românesc este ca la naşterea unui nepot, bunicii să ofere bijuterii sau alte obiecte de preţ de familie (podoabe, covoare, scoarţe, costume naţionale etc.). Mai recent, tatăl copilului oferă mamei bijuterii (o brăţară, un colier, un ceas etc.); primele flori din cameră vor fi, de asemenea, oferite de el; toate acestea dovedesc afecţiunea ce există între cei doi soţi pe de o parte, iar pe de altă parte legăturile trainice între generaţii, în cadrul unor tradiţii ce dau conţinut şi farmec vieţii de familie. Acestea nu trebuie să fie nici obligaţii, dar nici singurele manifestări de bun venit şi de tandreţe.

Vizitatorii vor aduce cîteva flori, deoarece ele înveselesc camera, dar cu condiţia ca mirosul lor să fie nu prea puternic. Este bine ca florile să nu fie prea numeroase sau prea mari, pentru a nu deveni supărătoare. O vază cu flori la o familie tînără este binevenită.

De asemenea, obiecte de îmbrăcăminte tricotate cu mîna, jachete, bonete, căciuliţe, botoşei, scutece adsorbante, prosoape, truse de toaletă (perie, săpunuri, creme, pudră, forfecuţă de unghii), biberoane, tetine etc., fac plăcere şi sînt foarte utile.

În ultimul timp s-a încetăţenit moda „coordonării", care are avantajul că familia primeşte daruri în funcţie de necesităţi. Aşa cum pe alocuri se face o „listă de mariaj", se poate întocmi o „listă de naştere". Această formulă (pentru moment puţin răspîndită) are avantajul că evită acumularea unor daruri în mai multe exemplare. Astfel, rudele apropiate se informează reciproc şi aduc daruri pentru a completa trusoul necesar copilului: o garnitură cu scutece, pături, cădiţă, cîntar, presă de fructe, ceas de perete, iar pentru rudele mai înstărite: frigider, cărucior, mixer, maşină de spălat. Am întîlnit situaţii în care rudele şi/sau prietenii se grupează pentru a oferi un obiect mai important.

208. Cum se declară copilul la Oficiul stării civile. Noul cetăţean trebuie să fie declarat în primele 14 zile după naştere.

În caz, că nou-născutul a decedat imediat după naştere, declaraţia naşterii şi a decesului se fac concomitent, în maximum 3 zile.

Această declaraţie se face la Consiliul Popular al locului unde s-a produs naşterea pe baza buletinelor de identitate ale ambilor părinţi, a certificatului de căsătorie şi a certificatului constatator de naştere de la maternitatea unde a avut loc naşterea. Această formalitate poate fi îndeplinită *numai de tată.* Nou-născutul va purta numele tatălui în caz de căsătorie legală; în caz de „căsătorie nelegitimă", nou-născutul va primi numele tatălui, dacă acesta îl „recunoaşte", iar în caz contrar — pe al mamei. Recunoaşterea se poate face fie la maternitate, fie la Consiliul Popular.

Domiciliul legal al copilului va fi domiciliul legal şi permanent (nu flotant) al mamei.

Alegerea prenumelui. Cea mai mare parte a părinților îl aleg cu mult înainte de naștere; o parte rămîn nedeciși. Potrivit tradiției românești, prenumele se aleg dintre numele înaintașilor (bunici, nași, rude apropiate) sau/și dintre personajele cunoscute ale istoriei vechi naționale. Am sugera ca prenumele să se acorde bine fonetic cu numele de familie și, reunite, să nu ducă la ceva ridicol. Sînt de evitat asocierea a două prenume care au aparținut la personaje istorice ca: Napoleon-Cezar, Traian-Decebal etc. sau nume de personaje politice actuale. Și mai penibile și ridicole sînt prenume ca: Mannix, Colombo, Pele etc. Adoptarea ca prenume a unor diminutive ca: Minel, Tinel, Puișor, Bebe etc. este o practică ce a devenit frecventă în ultimul timp și care poate pune în postură dificilă la vîrsta adultă. Atunci cînd numele de familie este comun (Ionescu, Popescu, Georgescu etc.) este bine să se atribuie nou-născuților 2 prenume pentru a evita complicațiile administrative. În sfîrșit, atribuirea de 3—4 prenume unui copil poate conduce la complicații și uneori la ridicol.

Îngrijiri în maternitate

209. Aspectul nou-născutului imediat după naștere. În momentul nașterii, pielea nou-născutului are o colorație roșie intensă și este acoperită cu un strat gros de grăsime *(vernix caseosa)*. Acest prim aspect înspăimîntă pe unele mame. Vederea cordonului ombilical lung, gros, gelatinos, surprinde. O dată debarasată de stratul de grăsime, pielea nou-născutului este moale și catifelată. La unii nou-născuți (mai ales la cei născuți după termen) pielea este lucioasă sau uscată, sbîrcită, descuamată, iar palmele și tălpile au pielea umedă, încrețită, ca mîinile de „spălătoreasă". Primele țipete impresionează; totuși, țipetele din primele secunde constituie primul semn că nou-venitul pe lume este sănătos; ele declanșează prima respirație, plămînii se destind și aerul năvălește înăuntru, furnizînd oxigenul indispensabil vieții. Ulterior mama va fi întrebată adeseori de către medicii care vor îngriji copilul despre momentul apariției primului țipăt, deoarece acesta constituie un criteriu major de depistare a unei suferințe la naștere. Primul țipăt întîrzie la fătul la care a intervenit un factor vătămător în timpul sarcinii sau nașterii: hemoragii ale creierului, traumatisme, circulară strînsă de cordon, poziție vicioasă a fătului în uter, angajare anormală și expulsie dificilă, obstruarea căilor respiratorii cu lichid amniotic sau secreții din căile genitale ale mamei, unele medicamente (anestezice, narcotice) administrate în timpul nașterii, aplicarea de forceps, imaturitatea centrilor respiratori, malformațiile pulmonare, extracția prin *vacuum*, depășirea termenului de gestație, precum și unele boli ale mamei (toxicoza, unele infecții, diabetul etc.). Dacă prima respirație nu se declanșează, lipsa de oxigenare este urmată de suferința creierului și, adesea, de perturbări grave ale funcțiilor vitale ale organismului, dacă nu se iau măsurile necesare în timp util. Aspectul nou-născutului surprinde și prin mărimea capului, care reprezintă un sfert din lungimea corpului (fig. 1 și punctul 12), spre deosebire de adult la care reprezintă numai o optime din lungime.

a) **Părul** este, în general, de culoare închisă. Alteori capul este complet chel. Cîteodată părul este destul de lung, lucios, stufos, încîlcit. Expresia feței poate să se schimbe. Se remarcă adesea, chiar de la început, o asemănare mai mică sau mai mare cu părinții. Este falsă opinia că toți nou-născuții se aseamănă și că nu există nici o deosebire între ei.

b) **Ochii.** Nou-născutul, trezit din somn, stă cu ochii închiși și prezintă adesea o tumefiere a pleoapelor; el evită lumina și de aceea lăuza cu greu poate aprecia culoarea lor. Ochii au o tentă cenușiu-închisă, chiar la nou-născuții care vor avea mai tîrziu ochii albastru-deschis.

c) **Nasul.** este mic, turtit, împestrițat de puncte albe-gălbui — glande care secretă grăsime și al căror canal excretor este astupat *(milium)*.

d) **Gîtul** este scurt, pieptul bombat, abdomenul ușor scobit (în momentul nașterii, ulterior se destinde).

e) **Brațele și gambele** sînt scurte și ghemuite, amintind de poziția din uterul mamei.

210. Adaptarea organismului nou-născutului după naștere. De felul cum decurge nașterea și de capacitatea de adaptare a funcțiilor vitale ale organismului depinde, în mare măsură, starea de sănătate din tot restul vieții. Nașterea supune pe făt la o probă extraordinară. Pînă acum el era protejat, prin lichidul amniotic și țesuturile materne, de toate traumele mecanice, dezvoltîndu-se la o temperatură constantă. Aportul substanțelor necesare vieții era asigurat de către placentă. Produsele de metabolism erau îndepărtate din organismul fetal, pe aceeși cale, în organismul mamei și evacuate prin organele excretorii (plămîni, ficat, rinichi) ale acesteia. După naștere, nou-născutul intră într-un mediu nou de viață, impunîndu-i-se dintr-o dată un șir întreg de sarcini, ce cad în seama unor organe care nu funcționau înainte de venirea sa pe lume (plămîni, piele). La cei mai mulți dintre nou-născuți, adaptarea la noile solicitări se face fără nici o dificultate, lucru ce poate fi definit ca una dintre minunile vieții. Cu toate acestea, se poate afirma că puiul de om este mai vulnerabil și mai neputincios decît puii tuturor celorlalte mamifere; fără îngrijiri cu totul speciale, el nu ar fi în stare să facă față singur condițiilor grele de adaptare la viața extrauterină.

Cu patrimoniul ereditar transmis de părinți, funcțiile diferitelor organe, care sînt în stare de „somnolență" și de nematurare în momentul nașterii, se vor dezvolta sub acțiunea diferiților factori ai mediului exterior, pînă la deplina lor înflorire, asigurînd omului independența și poziția sa dominantă în natură.

Îngrijiri acordate nou-născutului în sala de naștere

211. Imediat după explsie se efectuează dezobstruarea căilor respiratorii superioare, prin aspirarea cu ajutorul unei sonde sterile a mucozităților și lichidului amniotic din gură, faringe și nas.

În minutele care urmează se face rapid evaluarea stării copilului (scorul Apgar), apoi secționarea și ligaturarea cordonului ombilical și profilaxia conjunctivitei (oftalmiei) gonococice (vezi și punctele 159, 214, 215).

212. Scorul Apgar (în unele manuale: „indice" sau „cifră") permite o informare rapidă și cuprinzătoare asupra adaptării funcțiilor vitale la condițiile de viață extrauterină.

S-au propus diferite metode pentru a se aprecia starea sănătății unui nou-născut imediat după naștere. Metoda cea mai răspîndită la ora actuală este determinarea scorului APGAR, numit astfel după numele australianei Virginia Apgar, care a imaginat această schemă. Parametrii de urmărire sînt: culoarea tegumentelor; mișcările respiratorii (funcția respiratorie); bătăile inimii (funcția circulatorie); tonusul muscular; reflectivitatea (răspunsul la anumiți excitanți (tabelul 3.1.).

Tabelul 3.1.

Scorul Apgar

Numărul punctelor	0	1	2
Colorația tegumentelor	Albastre sau palide	Trunchiul rozat, extremitățile albastre	Colorație roz-uniformă
Mișcările respiratorii	Absente	Neregulate, slabe	Regulate, plîns viguros
Bătăile inimii	Absente	Rare, sub 100 pe minut	Peste 100/minut
Tonusul muscular	Flasc	Tonus moderat, extremitățile se flectează incomplet	Tonus bun, membrele se flectează complet, mișcări active
Reflectivitatea (se cercetează prin reacția nou-născutului la excitanți: reacția la sonda de dezobstruare sau de administrare a oxigenului)	Absentă	Strîmbă fața (grimasă)	Țipăt, tuse sau strănut

La nou-născutul normal înregistrarea scorului Apgar se face la 1 minut cu note de la 0 la 2 pentru fiecare parametru menționat. *Este util ca mama să cunoască ce „notă" a obținut copilul la naștere.*

213. **Dezobstruarea (permeabilizarea)** căilor respiratorii se face imediat după expulsie prin aspirarea secrețiilor din faringe, cavitatea bucală și fosele nazale cu ajutorul unei sonde sterile de polietilen.

214. **Secționarea și ligaturarea cordonului ombilical.** Cordonul ombilical, prins între două pense, va fi secționat după terminarea aspirației nazale și buco-faringiene, apoi se va lega strîns, cu un fir rezistent de nylon sau mătase. După legarea cordonului și atingerea cu tinctură de iod, se aplică un pansament steril (vezi punctul 289).

215. **Profilaxia oftalmiei gonococice** (procedeul Wilhelm Crédé) se face pentru a preîntîmpina apariția conjunctivitei produsă de acest germen. După ce se îndepărtează secrețiile de pe pleoape, cu comprese sterile înmuiate în apă sterilă sau în ser fiziologic, se picură în fundul de sac conjunctival al fiecărui ochi nitrat de argint soluție 1% proaspătă și se șterg ochii cu comprese sterile.

216. **Evitarea pierderii de căldură** are o importanță deosebită la nou-născut. S-a constatat o corelație sigură între scăderea temperaturii rectale în decurs de o oră și mortalitate. Menținerea temperaturii corporale se realizează cu ajutorul unui radiator plasat în apropierea nou-născutului și prin învelirea acestuia în scutece încălzite în prealabil.

217. Tot în sala de nașteri nou-născutul este **cîntărit, i se fixează o brățară de identificare** (pe care se înscrie același număr ca la mamă) și **i se face un examen clinic rapid** *de către medicul pediatru.* Îngrijirile și observația sorei de copii din secția de nou-născuți trebuie să se bazeze pe o schemă, pentru a nu se trece cu vederea nici un amănunt.

218. **Trecerea nou-născutului în salonul de nou-născuți** se face imediat după efectuarea îngrijirilor amintite mai sus. Aici va fi instalat într-un pătuț încălzit în prealabil (scutece încălzite, sticle cu apă caldă). Dacă mai are încă secreții în căile respiratorii superioare, se va aspira din nou, așezîndu-l cu capul în poziție declivă într-un unghi de circa 15°. Se vor verifica din nou sexul, identitatea și greutatea. După termometrizare, va fi înregistrat în registrul secției de nou-născuți.

219. **Scăderea fiziologică sau „inițială" în greutate.** Nou-născutul prezintă o scădere în greutate între prima și a cincea zi de viață, care este în medie de 6% din greutatea inițială, cu limite extreme între 3% și 10%. Proporția scăderii în greutate este în funcție de: a) momentul cînd se începe alăptarea; b) greutatea inițială a nou-născutului (la cei cu greutate mai mare la naștere, scăderea este mai mare); c) instalarea secreției lactate la mamă; d) îngrijirile acordate în primele zile (cantitatea de lichid administrat, temperatura mediului înconjurător, respectarea repausului nou-născutului); e) starea de sănătate (cei bolnavi pierd mai mult în greutate). Scăderea fiziologică în greutate este un fenomen natural. *Dacă greutatea nu se recuperează pînă la vîrsta de 3 săptămîni, înseamnă că nou-născutul este subalimentat sau bolnav.*

220. **Icterul fiziologic.** În a 2-a — a 4-a zi de viață poate apărea o îngălbenire a pielii și a mucoaselor (ochi), care se accentuează pînă în ziua a 4-a —a 5-a și dispare în 1—3 săptămîni. Icterul este mai intens pe față și torace. Cînd colorația galbenă este mai pronunțată, nou-născutul este somnolent și suge mai greu. Culoarea icterică este determinată de creșterea bilirubinei din serul sanguin; aceasta este eliberată prin distrugerea globulelor roșii (hemoliză) și nu poate fi prelucrată decît foarte încet de către ficatul nou-născutului, încă insuficient maturat. Icterul fiziologic este un fenomen absolut normal, care se manifestă cu intensitate diferită la majoritatea (85%) nou-născuților.

Cînd icterul apare din prima zi, este intens și rapid progresiv, este vorba de o stare patologică ce necesită un tratament de urgență. De asemenea, dacă icterul persistă peste 3 săptămîni, va fi chemat medicul, deoarece poate fi vorba de o stare patologică.

221. **Criza genitală.** Trecerea unor hormoni materni în organismul fetal explică unele mici modificări trecătoare observate la nou-născut. Cea mai frecventă este criza genitală, exteriorizată prin modificări *ale glandelor mamare și ale organelor genitale.*

a) **Glandele mamare.** La 3—4 zile după naștere, la aproximativ 40% dintre nou-născuții de ambele sexe, glandele mamare se întăresc, se măresc, atingînd uneori 3—4 cm în diametru; la apăsare, se scurge un lichid lăptos asemănător colostrului. Această modificare este lipsită de pericol, dar dacă se stoarce glanda mamară, aceasta se mărește și mai mult, riscă să se infecteze și să devină sediul unui proces purulent. Mameloanele se îngrijesc cu delicatețe, în condiții de sterilitate. Dacă roșeața este vie și din mameloane se scurge lichid lăptos, se aplică sub cămășuța sugarului tampoane mici de vată sterilă, care se fixează cu o bandă de tifon asemănătoare cu cea folosită la ombilic (nu se fixează cu leucoplast, care irită pielea și favorizează extinderea inflamației). Mărirea de volum a glandelor mamare atinge maximum la sfîrșitul primei săptămîni de viață și se poate menține de la cîteva zile pînă la cîteva săptămîni sau luni (fig. 62).

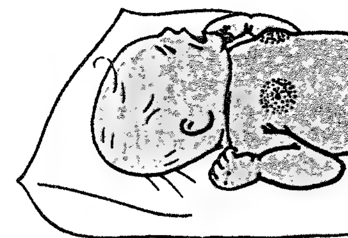


Fig. 62 — Criza hormonală mamelonară.

b) **Sîngerări și secreții vaginale.** Același substrat hormonal este la baza micilor sîngerări vaginale sau a apariției unor simple secreții vaginale formate

din mucus, eritrocite şi celule epiteliale („vulvovaginită descuamativă"). Este suficientă o toaletă zilnică a regiunii vulvare, efectuată cu comprese sterile (nu vată din care rămîn fire!) înmuiate în infuzie de muşeţel. Este cu totul inutilă aplicarea de unguente cu antibiotice.

c) La băieţi poate apărea **o mărire a testiculelor** şi chiar un început de **spermatogeneză.**

222. Descuamaţia fiziologică a nou-născutului. Încă din viaţa intrauterină şi continuînd în primele săptămîni de viaţă, se produce o desprindere de scuame din straturile superficiale (stratul cornos) ale epidermului. Această descumaţie poate fi discretă, sub formă de scuame mici, asemănătoare cu tăriţa (furfuracee) sau extrem de pronunţată, în fişii mari (lambouri, descuamaţie lamelară), mai ales pe trunchi, pe palme şi plante (tălpi). Modificările acestea nu necesită nici un tratament special; zonele descuamate reprezintă, însă, porţi de intrare pentru diferiţi germeni şi de aceea se vor lua măsuri riguroase de igienă. Dacă descuamaţia este foarte pronunţată, regiunea interesată se va tampona cu infuzie de muşeţel sau cu ulei fiert; *nu se vor folosi unguente cu antibiotice (selecţionează germeni rezistenţi la antibiotice şi predispun la micoze!)* şi nu se va spăla cu apă şi săpun (irită).

223. Eritemul alergic apare în primele zile de viaţă, la unii dintre nou-născuţi. Este constituit din erupţii variate, ca pete roşii (macule), mici elemente proeminente (papule) sau mici băşici (vezicule). Cînd veziculele se usucă, se formează cruste. Uneori, erupţiile localizate pe faţă îmbracă aspectul unor placarde mari, roşii, asociate cu umflarea (edemul) pleoapelor şi chiar cu secreţii ale conjunctivelor. Starea generală este bună şi nu se constată alte tulburări generale (febră, lipsă de poftă de mîncare etc.). Erupţiile cutanate nu necesită nici un tratament special, ele dispărînd spontan, în cîteva ore sau cîteva zile. În cazurile de erupţii mai intense şi mai persistente, se aplică pulberi inerte (talc).

224. Febra de sete corespunde în timp cu punctul maxim al scăderii greutăţii. Apare îndeosebi în sezonul cald. Excesul de căldură, prin greşeli de îngrijire (sobă sau calorifer supraîncălzit, sticle cu apă caldă, perne electrice) şi cantitatea insuficientă de lichide primită de nou-născut (lapte, ceaiuri) constituie un factor favorizant întîlnit adesea în producerea febrei de sete. Se înregistrează creşteri ale temperaturii corporale pînă la 38, maximum 39° C şi acestea durează 24—48 ore. Sugarii reacţionează diferit la această febră: **a)** unii sînt agitaţi, prezintă un plîns răguşit; **b)** alţii sînt somnolenţi şi fără vlagă; **c)** buzele sînt uscate; **d)** sugarii îşi plimbă limba în gură sau o scot uneori afară, căutînd sînul sau biberonul cu ceai; **e)** micţiunile se răresc (sub 5 în 24 de ore); **f)** în cazurile grave, sugarii devin palizi, cu ochii încercănaţi, înfundaţi în orbite şi cu miros special al aerului expirat şi al gurii, asemănător cu acetona („mere putrede"). Dacă nou-născutul nu este bolnav (infecţii, traumatisme obstetricale), febra se explică prin pierderea de lichide ce are loc după naştere (meconiu, urină, sudaţie, respiraţie) şi prin greşeli de îngrijire (supraîncălzirea salonului sau incubatorului, aportul insuficient de lichide). Alimentaţia „la cerere" şi la nevoie, administrarea corectă de lichide sub formă de soluţie de glucoză 5% sau ceai de plante (chimen, anason sau muşeţel) cu 5% zahăr previn apariţia febrei de sete şi determină dispariţia ei.

225. Scaunele (materiile fecale). De multe ori, primul scaun are loc chiar în momentul expulsiei; următoarele, la 1—2 zile după aceea. Scaunele din primele zile poartă numele de *meconiu*. Sînt dense, se lipesc de scutece, iar culoarea lor variază de la negru (ca gudronul) la maroniu sau verde-măsliniu.

a) Colonizarea intestinului. După naştere, în decurs de cîteva ore, tractul gastrointestinal se umple cu aer. Pornind de la gură şi nas şi mergînd către anus, se produce colonizarea cu microbi a diferitelor segmente ale tubului digestiv. La sugarii alimentaţi natural, în flora intestinală domină bacilul *bifidus*, iar la cei hrăniţi artificial, *coli*. Germenii saprofiţi au o mare importanţă în digestia alimentelor şi în sinteza unor vitamine (vitamina K).

b) Scaunele de tranziţie. Între a 3-a — a 5-a zi de viaţă, după eliminarea meconiului, apar aşa-zisele scaune „de tranziţie", rezultate din digestia primelor mese. Aceste scaune sînt în număr de 5—6 în 24 de ore, de culoare verzuie, uneori cu mucus. În cazul unei alimentaţii exclusiv la sîn, se menţine în continuare un număr mai mare de scaune, grunjoase, uneori verzi şi explozive.

Este o mare greşeală de a considera drept patologice aceste scaune. Dacă nu se însoţesc de fenomene de deshidratare, de febră, de modificări ale stării generale, iar mirosul lor rămîne acid, acrişor (nu fetid) nu se va lua nici o măsură de tratament.

Alimentaţia nou-născutului

226. Vor fi expuse aici numai **prescripţiile care privesc pe mamă.** Alimentaţia nou-născutului şi sugarului vor fi expuse, pe larg, în paginile următoare (punctele 238—268).

În ultimul timp există tendinţa ca nou-născutul să fie hrănit cît mai curînd după naştere. Se admite de către majoritatea pediatrilor ca nou-născutul să fie pus la sîn la 6—12 ore după naştere, în loc de 24 ore cum se făcea mai înainte. La nou-născuţii mai agitaţi se pot da chiar în primele ore cîteva linguriţe de ceai îndulcit cu 5 g zahăr sau cu 5 g de glucoză la fiecare sută de grame de lichid. Numărul meselor este fixat la maternitate de către pediatrul de la serviciul de nou-născuţi. Orele de supt sînt aceleaşi pentru toţi nou-născuţii sănătoşi. Mama trebuie să înţeleagă, că în maternitate alăptarea implică din partea ei punctualitate şi curăţenie. Pentru cruţarea mamei, epuizată după naştere, pentru ca nou-născutul să „prindă putere", adaptîndu-se la noile condiţii ale mediului extern, ca şi din motive organizatorice, programul de alăptare este strict reglementat în maternitate. Alăptarea prezintă o serie de avantaje pentru mamă. Suptul nou-născutului şi golirea regulată a sînilor face ca, printr-un mecanism complex endocrin şi nervos, uterul să se contracte şi să revină mai repede la volumul normal, de dinaintea sarcinii. Dacă sînul este suspendat şi fixat mai sus cu un sutien, corpul glandular îşi micşorează din nou volumul odată cu încetarea alăptării. Încă înainte de naştere mama este datoare să se familiarizeze cu ideea că este absolut necesar să-şi hrănească sugarul la sîn. Chiar în cazurile în care sînt condiţii dificile pentru alăptare (copil prematur, mamă epuizată prin travaliu), nu trebuie să se uite acest obiectiv.

Orice femeie sănătoasă trebuie să ştie că, dacă doreşte şi vrea, poate să alăpteze! Ea dă astfel sugarului hrana cea mai bună şi cea mai preţioasă, protejîndu-l de îmbolnăviri, pe moment şi pentru mai tîrziu.

Un mare pediatru suedez (Walquist din Uppsala) afirma în anul 1977: *„Laptele de mamă este alimentul ideal pentru sugar. El reprezintă un dar unic al naturii, care a fost decisiv pentru cei mai mulţi din cele 120 milioane de copii ce*

se nasc anual în lume. El este absolut la fel pentru toți, fie săraci, fie bogați. În afară de cîteva excepții, este cel mai valoros aliment din punct de vedere calitativ. În decursul vremii nu s-a schimbat nimic din capacitatea biologică a mamelor de a alăpta. Este o tragedie și unul din cele mai rele efecte ale culturii apusene asupra societăților tradiționale faptul că, prin contactul cu cultura apuseană, sînt periclitate bazele unui obicei milenar apărător al vieții" (citat după prof. Mircea Maiorescu).

Alimentația normală a nou-născutului uman este laptele mamei sale. Natura oferă sugarului mic sănătos prin laptele de mamă un aliment optim, ce asigură o dezvoltare normală și un maximum de securitate împotriva îmbolnăvirii lor. Actul alăptării înseamnă, în plus, consolidarea relației mamă-copil. În laptele uman concentrația diferitelor principii nutritive și compoziția lor biochimică se potrivește funcțiilor aparatului digestiv, metabolismului și aparatului renal, care nu sînt maturate la sugarul mic. Conține toate materialele de construcție și sursele de energie în cantități adecvate. Nu trebuie să se uite puterea antiinfecțioasă a laptelui uman. În primele 60 zile ale vieții sugarului, compoziția laptelui de mamă se modifică treptat pentru a se adapta maturației rapide a sugarului mic, ceea ce nu este realizabil cu un produs industrial.

227. Rolul laptelui de mamă în apărarea nou-născutului față de infecții. Este cunoscută diferența care există — ca frecvență și gravitate — între infecțiile digestive ale sugarilor hrăniți artificial și ale celor cu alimentație naturală, dar este destul de greu de spus cît ține de efectul binefăcător al alimentației naturale și cît de contaminarea prin intermediul alimentației artificiale. Totuși, multe observații statistice (în condiții de igienă deficitară, sugarii mici mor de cele mai multe ori de infecții digestive), clinice și de laborator, demonstrează rolul protector al laptelui de mamă împotriva infecțiilor digestive.

Pînă nu de mult, se considera că anticorpii din laptele de mamă nu se absorb prin peretele intestinal și, deci, că laptele de femeie nu diferă apreciabil, din punctul de vedere al apărării față de infecții, de preparatele industriale de lapte. Această opinie s-a schimbat de cînd s-a precizat că imunoglobulina IgA din laptele de mamă — care este structural diferită de IgA din ser — are un rol de protecție antimicrobiană a mucoasei digestive. Moleculele de IgA din lapte sînt rezistente la modificările pH-ului și la acțiunea enzimelor proteolitice din tubul digestiv, ceea ce le face capabile să acționeze în mediul intestinal. IgA pot fi găsite în colostru în cantități de 20—40 mg/ml; după 2—4 zile ele scad la 1 mg/ml, dar creșterea secreției lactate poate compensa scăderea lor.

Anticorpii din laptele de mamă pot fi decelați și în scaunul sugarilor alimentați la sîn. Laptele de mamă conține anticorpi împotriva germenilor *Escherichia coli* din grupa 0, responsabili cu precădere de infecțiile neonatale. Septicemiile și meningitele cu *E. coli* apar mai frecvent la nou-născuți alimentați artificial. Laptele de mamă conține, de asemenea, anticorpi antipoliomielitici. Fracțiunea IgA are rol și împotriva streptococilor și pneumococilor. Activitatea antimicrobiană a laptelui de mamă depinde nu numai de anticorpi, ci și de componentele sale enzimatice, celulare și proteice. La apărarea antiinfecțioasă mai participă acidul neuraminic, lizozimul, lactoferina și factorul *bifidium*, substanțe care lipsesc sau sînt în cantitate foarte mică în laptele de vacă.

Am insistat mai mult asupra rolului laptelui de mamă în apărarea nou-născutului față de infecții, întrucît, atît în străinătate, cît și la noi în țară, odată cu apariția numeroaselor preparate industriale de lapte, multe

mame și chiar surori de pediatrie subapreciază superioritatea laptelui de mamă și indică sau acceptă cu multă ușurință trecerea la alimentația artificială.

Printre avantajele alăptării se mai numără *revenirea* mai rapidă la normal a volumului uterului. Teama unor femei de a-și pierde silueta prin alăptare este neîntemeiată, dacă este evitată supraalimentația. Bolile sînului, care survin mai tîrziu, sînt mai rare la femeile care au alăptat. Binele cel mai mare ce se poate face copilului în această fază a vieții nu trebuie micșorat prin considerații meschine de ordin „estetic".

228. Alăptarea este una din îndatoririle firești și de mare încîntare ale vieții unei femei. Necesită un sacrificiu din partea mamei obligînd-o să renunțe la o serie de distracții și la libertatea de evadare în afara casei. Ca timp și cheltuieli însă, sacrificiul este mult mai mic față de cel impus de alimentația artificială cu procurarea, prepararea și administrarea diferitelor preparate de lapte. După prima naștere atît mama cît și copilul au dificultăți cu alăptarea, nu cunosc „meseria" suptului. Suptul și înghițitul sînt acte reflexe cu care copilul se naște; secreția lactată la mamă este un proces fiziologic complicat, în care intervin o serie de mecanisme endocrine și nervoase (vezi fig. 58) și în care există cîteva faze critice (punctele 241, 242).

Succesul alăptării ține atît de excitația mecanică locală la nivelul sînilor (punerea regulată a sugarului la sîn, evacuarea laptelui ce stagnează în sîni), cît și de un factor psihic (buna dispoziție a mamei, armonia vieții de familie, dorința de a alăpta și voința de a trece peste toate momentele critice).

Secreția lactată nu este în funcție de dimensiunea și forma sînilor. Sînt sîni foarte mici care produc lapte din belșug, iar alții voluminoși, cu țesut grăsos abundent, care secretă cantități mici de lapte și numai pentru scurt timp. Mai degrabă este vorba de o anumită predispoziție moștenită, în ce privește cantitatea și calitatea laptelui.

În țara noastră nașterile au loc în maternitate. Orarul supturilor este fixat de medicul pediatru. Orele de supt sînt aceleași pentru toți nou-născuții sănătoși. Mama este datoare să fie curată (mîinile, sînii) și să fie punctuală la orele de alăptare.

229. Mama și nou-născutul trebuie să învețe tehnica alăptării. După opiniile actuale ale multor pediatri experimentați, nou-născutul ar trebui pus la sîn chiar din prima zi de viață (la 6—12 ore!).

Primul supt este adesea dureros pentru mamă. Mameloanele sînt foarte sensibile. În timp ce alăptează, mama poate simți contracții uterine dureroase; acestea sînt bine venite, deoarece favorizează revenirea uterului la starea sa anterioară.

La primul supt nou-născuții se comportă în moduri foarte deosebite. Unii știu să apuce imediat mamelonul și să execute bine mișcările de supt. Alții strîng prea puternic mamelonul între maxilare și-l rănesc. În sfîrșit, alții nu deschid gura, ci dorm și se comportă ca și cum nu le-ar fi foame. Acestora trebuie să li se deschidă gura, apăsînd pe bărbie sau făcîndu-i să țipe. În momentul cînd gura este deschisă, se introduce mamelonul și o parte din areolă, dacă este posibil. Se va veghea ca limba să nu fie „lipită" de cerul gurii pentru ca mamelonul să nu fie dat afară din gură. În prima zi suptul nu durează practic mai mult de 3—6 minute, dar nou-născutul va fi lăsat mai mult cu mama lui pentru a se obișnui împreună și pentru a depăși stîngăciile inerente începutului. Dacă nou-născutul adoarme, mama va împinge și retrage

mamelonul încet din gura nou-născutului (mişcări „de du-te vino") sau va apăsa cu un deget pe obrazul acestuia.

Supturile din primele zile pun, de multe ori, la mare încercare răbdarea şi voinţa mamei. Nici în a doua zi, unii nou-născuţi nu sug de fiecare dată cînd sînt puşi la sîn. Dacă nou-născuţii nu vor să sugă la unele mese, ei nu vor fi forţaţi. În a treia zi marea majoritate a nou-născuţilor vor suge la toate cele 6—7 mese, dar în mod inegal; alăptarea va dura acum 10—30 minute. Dacă nou-născutul a supt bine şi mult la una din mese, el poate „sări" peste masa următoare, preferind să doarmă; nu este deloc anormală o astfel de eventualitate. Din a patra zi, în mod normal, nou-născutul ar trebui să sugă la toate cele 6—7 supturi fixate de medicul pediatru. La început, este bine ca nou-născutul să sugă din ambii sîni, pentru a se realiza o stimulare optimă a secreţiei laptelui. Durata suptului va fi mărită treptat din a 5-a zi, mameloanele sînt atît de călite încît durata suptului poate fi prelungită la 20—30 minute şi chiar mai mult.

Acesta este modul în care ar trebui să se desfăşoare alăptarea în primele zile de viaţă. În realitate însă lucrurile nu decurg totdeauna astfel. Mai întîi, se ştie că glandele mamare secretă cantităţi foarte mici de lapte (de colostru) în primele zile. În plus, este esenţial de ştiut de către fiecare mamă că „furia" sau „suirea" laptelui (declanşarea şi instalarea secreţiei) survine la intervale variabile, de multe ori mai tîrziu (a 5-a, a 6-a şi chiar a 11-a zi). Epuizarea fizică de după naştere şi unele îmbolnăviri întîrzie instalarea secreţiei lactate. În plus, în unele maternităţi mama nu găseşte încurajarea necesară în astfel de situaţii. Uneori mama rămîne fără explicaţii şi fără îndrumări corecte pentru depăşirea piedicilor ivite. Rolul medicilor şi surorilor este preluat de vecinele de salon, care îi dau explicaţii eronate şi o îndeamnă la trecerea la alimentaţia mixtă sau artificială.

230. **C o l o s t r u l.** Înainte de instalarea secreţiei lactate apare colostrul, care este un lichid gălbui, vîscos, tulbure seros. Colostrul conţine, pe lîngă cazeină (proteina specifică a laptelui), o proporţie mai mare de proteine din zer — comparativ cu laptele definitiv — lactalbumine şi lactoglobuline, cu valoare mare în nutriţie şi creştere. De asemenea, conţine mai mulţi anticorpi (substanţe cu rol în apărarea organismului) decît laptele definitiv. Începînd din ziua a patra — a cincea, cantitatea de colostru scade treptat, făcînd loc secreţiei de lapte de tranziţie şi apoi de lapte definitiv. Cantitativ, secreţia de lapte creşte treptat, cu cîte 70—80 ml pe zi.

Îngrijirile sînilor (vezi punctele 186 j, 242).

Ieşirea din maternitate

231. **E x t e r n a r e a d i n m a t e r n i t a t e** *a mamei şi nou-născutului la termen sănătos*, se face între a 4-a şi a 7-a zi de la naştere. La plecare mama se va informa de la medicul pediatru care a îngrijit nou-născutul despre următoarele: **a) greutatea şi lungimea nou-născutului**, la naştere şi la plecarea din maternitate; **b) amănunte despre alimentaţie** (orarul; dacă nou-născutul a primit şi altceva în afară de laptele de mamă; dacă s-au întîmpinat dificultăţi de alimentaţie etc.); **c) dacă s-au aplicat tratamente medicale nou-născutului** (ce medicamente, ce doze, durată, de ce); **d) ce scor Apgar a obţinut nou-născutul în momentul naşterii: e) dacă nou-născutul a necesitat manevre de reanimare** (administrare de oxigen, internare în secţia de reanimare) *sau dacă a prezentat vreun semn de alarmă* (convulsii etc.); **f) dacă a fost vaccinat cu B.C.G.; g) dacă s-a administrat vitamina** D_3 *(sau* D_2*)* şi în ce doză; **h) dacă în perioada respectivă au fost boli infecţioase în maternitate** (diarei, infecţii stafilococice cutanate, infecţii respiratorii etc.).

232. **Î n v e d e r e a p r i m i r i i a c a s ă a s o ţ i e i ş i c o p i l u l u i, t a t ă l m a i a r e d e f ă c u t u r m ă t o a r e l e:**

— Se va sfătui cu sora de ocrotire de la dispensarul teritorial de copii asupra următoarelor probleme: **a)** pregătirile necesare pentru transportul mamei şi nou-născutului acasă (mijloc de transport, obiecte necesare înfăşării şi învelirii nou-născutului); **b)** obiecte necesare pentru îngrijirea nou-născutului la domiciliu (coş, scutece etc.); **c)** fixarea locului unde va fi instalat copilul în locuinţă; **d)** modul cum trebuie să se comporte cu mama şi cu nou-născutul; **e)** indicaţii despre alimentaţia sugarului şi lăuzei.

— Va apela la o rudă apropiată care să o ajute pe lăuză în primele săptămîni după naştere. Practic şi psihologic, după experienţa noastră, mama soţiei este persoana cea mai indicată.

— Paşnic, dar hotărît, va lua toate măsurile pentru excluderea oricăror vizite inoportune în primele zile după reîntoarcerea soţiei şi copilului din maternitate.

— Chiar dacă pînă acum nu a făcut-o, tatăl este dator ca, de acum înainte cel puţin în primele luni de viaţă ale copilului, să se ocupe de toate problemele de aprovizionare ale familiei şi să se integreze în toate treburile de gospodărie interioară (vezi şi punctul 204).

Supravegherea şi îngrijirile acordate în familie

233. **P r i m e l e z i l e d u p ă v e n i r e a d i n m a t e r n i t a t e.** Dacă totul a decurs normal, mama şi nou-născutul sînt externaţi din maternitate cît mai repede, de obicei începînd din a 4-a zi după naştere. Este un mare avantaj că mama şi nou-născutul sînt aduşi cît mai repede în familie, unde este locul cel mai potrivit pentru adaptarea nou-născutului şi pentru noua misiune a mamei. Instalarea secreţiei lactate, legătura permanentă mamă-copil, uniformitatea mediului înconjurător, îngrijirile făcute de aceeaşi persoană şi evitarea infecţiilor intraspitaliceşti sînt cîteva din avantajele aducerii precoce a mamei şi copilului în mediul familial.

Zilele şi săptămînile care urmează sînt cele mai grele!

În prezent, în ţara noastră, toţi copiii se nasc în maternitate. Datorită acestui fapt, primejdiile care pîndeau pe mamă şi nou-născut în momentul naşterii, prin lipsa sa de asistenţă medicală şi de condiţii de igienă, au dispărut. Ceea ce a făcut statul pentru asistenţa naşterii trebuie continuat şi în familie în îngrijirea copilului.

În trecut, experienţa şi superstiţiile se transmiteau de la o generaţie la alta, iar mortalitatea nou-născuţilor şi a mamelor era mare.

În condiţiile vieţii moderne creşterea unui copil nu mai poate fi lăsată pe seama „instinctului matern". Cei doi parteneri, tatăl şi mama, trebuie să fie conştienţi că „meseria de părinţi" este cea mai importantă din cadrul existenţei fiecăruia dintre noi.

Dacă nu a făcut-o pînă acum, tatăl copilului este dator să anunţe dispensarul teritorial de pediatrie, de unde mama va primi îndrumările necesare. Chiar din a doua zi, mama şi nou-născutul vor fi vizitaţi de către medicul

pediatru și de sora de ocrotire. De altfel, încă înainte de naștere, mama a fost luată în evidență de către sora de ocrotire.

234. Medicul de dispensar teritorial examinează în mod periodic sugarul. Chiar dacă este sănătos, orice copil trebuie urmărit de medic. Nou-născuții sănătoși sînt examinați la domiciliu, sugarii sănătoși vor fi duși la dispensar în „zilele de consultații profilactice", planificate la fiecare dispensar de copii. Medicul va urmări greutatea, dezvoltarea motorie și psihică, va fixa alimentația și va elabora un plan de prevenire a îmbolnăvirilor (administrare de vitamine, vaccinări, călire prin aer, soare și exerciții fizice etc.).

O mamă tînără are o mulțime de întrebări de pus medicului și sorei de ocrotire. Aceștia vor da, verbal și în scris (într-un caiet special), indicațiile corespunzătoare; în același carnet mama va nota toate întrebările, pe măsură ce-i vin în minte.

Pe coperta caietului se vor nota: numele și prenumele copilului, data nașterii și a externării din maternitate, greutatea și lungimea la naștere, scorul Apgar, maternitatea în care s-a născut, data vaccinării B.C.G. și administrării primei doze de vitamina D.

Ambii părinți vor nota observațiile lor despre sugar, iar lunar vor face un bilanț al progreselor observate (cînd a plîns cu lacrimi, primul zîmbet, ziua în care a „ținut" capul, cînd a stat în șezut, primele silabe și cuvinte pronunțate, erupția primilor dinți etc.), datele la care s-a administrat vitamina D etc.

Orice copil, oricît de sănătos ar fi, trebuie văzut periodic de medic. Cel mai bun medic al unui copil este acela care-l vede tot timpul; această condiție de bază este îndeplinită de medicul pediatru de la dispensarul teritorial. Experiența a demonstrat că urmărirea medicală regulată asigură dezvoltarea normală a sugarului. În același timp, luarea de măsuri la primele semne de îmbolnăvire evită catastrofele ce pot surveni în existența unui sugar. Modificările conținutului alimentației, orarul meselor, modalitățile de îngrijire și de educație se vor stabili împreună cu medicul sau cu sora de ocrotire.

Încrederea în medic. *De viața copilului răspund în primul rînd părinții!* Facem această precizare pentru că unii părinți au înțeles, din faptul că s-a acordat asistență gratuită, că medicul „răspunde de copil". Statul nostru a acordat gratuitatea asistenței medicale, a medicamentelor și a internării în spital; ajutorul statului trebuie însă înțeles cum se cuvine. Este necesar ca părinții și medicul să se cunoască bine, să aibă încredere reciprocă și să se înțeleagă. Nimeni nu este perfect și de aceea pot să apară dificultăți; evitarea și aplanarea eventualelor diferende va fi posibilă dacă întotdeauna raporturile vor fi de respect și de sinceritate de ambele părți.

Mama nu trebuie să se jeneze să pună orice întrebare medicului, chiar dacă unele par simple sau ridicole. Cadrele medicale sînt obligate să o ajute pe mamă și să lămurească orice nedumerire. Teama de a nu indispune pe medic nu trebuie să rețină pe părinți de a solicita asistența medicală, dacă în starea sugarului a apărut ceva neliniștitor. *Sănătatea copilului este mai presus de orice.*

235. Rolul sorei de ocrotire. De la sora de ocrotire mama va cere toate sfaturile practice de care are nevoie. Sora de ocrotire va îndruma asupra felului cum să „instaleze" pe noul venit, va răspunde la toate nedumeririle mamei, îi va demonstra cum se îngrijește și cum se alimentează sugarul.

Sora de ocrotire va nota pe caiet următoarele date:

— adresa și numărul de telefon al dispensarului medical, al dispensarului policlinic și al spitalului de copii teritorial;

— orele de consultații ale medicului pediatru de dispensar;

— numele exact al medicului pediatru și al sorei de ocrotire;

— numărul de telefon al salvării sau al cabinetului medical de unde se poate cere asistență de urgență la domiciliu.

Pe lîngă sfaturile medicale propriu-zise, sora de ocrotire va învăța pe mamele tinere cum să-și organizeze munca, cum să folosească bugetul familiei, cum să-și aranjeze casa, pe scurt va deveni chiar un element de civilizare acolo unde este cazul. Sora de ocrotire va indica familiei tot ce este necesar, de la „trusoul" sugarului pînă la alimentele ce trebuie procurate pentru mamă și sugar. Toate acestea se vor discuta de la om la om, cu toată sinceritatea, avînd grijă de a nu jigni.

236. Schimbările domiciliului copilului se anunță la dispensarul teritorial de pediatrie. Conform legislației noastre, copilul este în supravegherea teritoriului unde mama are domiciliul stabil. În caz de schimbare a locuinței părinților, se ridică „fișa medicală" a copilului și se duce la dispensarul localității sau sectorului unde domiciliază aceștia. Copilul beneficiază de gratuitate (asistență medicală și medicamente) în orice colț al țării, dar părinții sînt datori să anunțe pe sora de ocrotire de orice schimbare a domiciliului, pentru ca sugarul să fie luat în evidență și urmărit medical. Chiar atunci cînd familia pleacă în concediu, sora de ocrotire va trebui înștiințată de durata absenței. În localitatea unde ajunge cu sugarul, mama se va interesa de adresa dispensarului de copii la care poate apela la nevoie.

237. Somnul. a) Unde doarme nou-născutul? Dacă este posibil, este bine ca el să aibă cît mai devreme o cameră în care să doarmă singur sau cel mult cu mama sa.

În familiile în care nou-născutul locuiește în aceeași cameră cu adulții se va alege pentru coș sau pat un loc ferit de curent, luminos și liniștit. *Niciodată nu se va așeza patul (coșul) lîngă sobă: supraîncălzirea este periculoasă putînd determina ceea ce se numește „șoc caloric", cu febră mare și alterarea stării generale.*

Radioul și televizorul deranjează pe sugar. Bucătăria, cu atmosfera de umezeală și cu temperatura inconstantă, ca și încăperile cu fum de țigară, sînt dăunătoare pentru sănătatea și somnul sugarului.

Nou-născutul are nevoie de liniște, de confort și de aer!

Este bine ca familia să se obișnuiască de la început să nu se ocupe fără motiv de sugar. Este suficient dacă mîngîierile, îmbrățișările, „convorbirile" se materializează numai prin contactul impus cu prilejul băii zilnice, înfășatului și alimentației. De la început se va vorbi cu el într-un limbaj rațional, cu o voce caldă; *va fi îngrijit cu calm și, pe cît posibil, de aceeași persoană.* Sugarul are nevoie de uniformitate în îngrijire, de liniște absolută, de respectarea programului de somn.

b) Patul copilului (vezi punctul 559)

c) Așezarea nou-născutului și sugarului în pat. Nou-născutul sănătos va fi culcat pe o parte sau pe burtă, dacă acceptă; niciodată pe spate cu fața în sus. Nou-născutul la termen este în stare să întoarcă capul, începînd de la vîrsta de 2—4 săptămîni, cînd este culcat pe burtă.

În ultimii ani se recomandă și se folosește cu precădere într-o serie de țări așezarea nou-născutului sau sugarului „pe burtă", considerîndu-se că această poziție este mai fiziologică. Sugarul doarme mai relaxat, colicile se calmează; dacă regurgitează sau varsă, nu există pericolul de a aspira pe tra-

hee lichidele refluate din stomac. Această poziție previne și corectează unele vicii ale coloanei vertebrale, ale șoldului și membrelor inferioare; de asemenea, la acești sugari nu se observă turtirea capului la nivelul oaselor parietale și occipitale. Contribuie la întărirea mușchilor cefei și spatelui.

Am întîmpinat dificultăți, atît cu mamele, cît și cu cadrele medii, cînd am recomandat aceasta, pe motiv că sugarul se „sufocă". Dacă nou-născutul sau sugarul sînt sănătoși (au un tonus muscular normal!), iar în pat nu există o pernă de puf, sufocarea este imposibilă.

Unii sugari nu acceptă însă să doarmă pe burtă.

d) Cum se învelește copilul în timpul somnului? Se va folosi o păturică ușoară din lînă învelită într-o husă de pînză de culoare deschisă, ușor de spălat. Cei mai mulți copii sînt liniștiți în pat în primele luni de viață, așa că această păturică este suficientă. O plăpumioară cu puf nu este necesară decît iarna sau cînd copilul este scos la plimbare (în zilele friguroase).

e) Se recomandă sacul de dormit? În primele săptămîni, aproape că nu există deosebiri în programul sugarului între zi și noapte. Copilul doarme liniștit atît ziua, cît și în timpul nopții. De-abia cînd crește și începe să „pedaleze" (2 luni) el se poate dezveli, și de aceea se poate folosi în cursul nopții un sac de dormit. Acesta va fi încheiat cu nasturi. Nu se vor folosi nici un fel de șnururi sau șireturi, avînd în vedere pericolul de strangulare.

237 bis. Aer și lumină. Ca orice ființă, sugarul are nevoie de aer și de lumină, pentru a trăi și a se dezvolta. În plus, acestea stimulează activitatea pielii, circulația sîngelui și toate procesele vitale. Organismul încă fragil se deprinde treptat să-și păstreze și să-și autoregleze temperatura, se călește, devine mai rezistent la îmbolnăviri. Înainte de a culca sugarul, se va aerisi încăperea (fie mutîndu-l în altă cameră, fie prin intermediul unei camere vecine). Vezi punctul 301!

Alimentația

238. În ultimii 30 de ani s-au înregistrat progrese mari în dietetica infantilă. S-au dobîndit noțiuni noi asupra fiziologiei alimentației și s-au realizat progrese extraordinare în industria alimentară (îndeosebi în ceea ce privește produsele dietetice pentru diferite vîrste).

De asemenea, au survenit schimbări mari în modul cum se abordează problema alimentației. În primele decenii ale secolului al XX-lea, medicii pediatri impuneau orare rigide sugarilor și mamelor. În același timp se crease o întreagă alchimie în privința modului de pregătire a diferitelor preparate de lapte. Acestea au fost înlocuite cu o concepție mult mai realistă și mai firească asupra nevoilor sugarului.

Rigiditatea concepțiilor pediatrilor din trecut trebuie înțeleasă în funcție de nivelul cunoștințelor medicale și de contextul social al epocii, în care mamele și medicii erau îngroziți de numărul mare de sugari care mureau, adesea fulgerător, în urma diareelor acute. La timpul respectiv, se punea prea puțin preț pe cauza infecțioasă a diareelor. Tulburările de creștere și diareele erau atribuite alimentației defectuoase și foarte puțin subalimentației și infecției, care sînt socotite acum drept cauze principale.

Introducerea preparatelor („formulelor") industriale de lapte și folosirea frigiderului (și a celorlalte mijloace de refrigerare și conservare a produselor lactate) au redus în mare măsură riscurile infecțiilor digestive.

Din nenorocire a apărut concomitent un alt fenomen îngrijorător: numărul mamelor care alăptează se micșorează în mod vertiginos, mai ales în mediul urban. Nici un manual de pediatrie și nici o revistă de specialitate nu

au susținut superioritatea alimentației artificiale. Pe piață au apărut o serie de produse pentru înlocuirea laptelui de mamă. Constatarea empirică făcută de către unele mame a avut, probabil, o acțiune propagandistică mai puternică decît toate avertismentele pediatrilor.

239. Felul alimentației și morbiditatea[1] la sugar. Cu decenii în urmă, statistica mortalității[2] servea drept argument important în sprijinul superiorității alimentației naturale față de orice alt mod de alimentație. Din această statistică rezultă că la copiii alimentați artificial, mortalitatea era de 5—7 ori mai mare decît la copii alimentați natural. Această constatare era valabilă atît la noi în țară, cît și în străinătate.

Astfel, în anul 1874, la München, mortalitatea sugarilor alimentați la sîn era de 15%, în timp ce a sugarilor hrăniți artificial era de 85%. La Berlin, în 1887, au murit prin afecțiuni digestive în lunile de vară de 20 de ori mai mulți sugari hrăniți artificial, decît hrăniți la sîn.

Pe baza marilor progrese ale igienei generale și ale igienei laptelui în special, dar și ca urmare a lărgirii și consolidării cunoștințelor noastre în domeniul alimentației, măsurile de protecție pentru sugar au putut fi atît de bine puse la punct, încît în multe regiuni mortalitatea copiilor alimentați artificial abia dacă mai depășește pe aceea a copiilor alimentați natural. De aceea, în momentul de față se folosește un criteriu mult mai fin și anume statistica morbidității sugarului. Toate studiile statistice arată că sugarii alimentați artificial se îmbolnăvesc mult mai frecvent în primele 4—5 luni de viață. Din 8 sugari internați în spital, numai unul dintre ei este alimentat la sîn (Harnack).

240. Germenii din lapte. Laptele de mamă este practic steril, dacă sugarul este pus la sîn. Singura excepție se întîlnește în unele infecții ale sînului (mastite, abcese etc.).

Laptele de vacă nefiert este practic totdeauna contaminat cu germeni (punctele 265—266).

Laptele de mamă recoltat implică pericolul infectării. De aceea, pe cît posibil, se vor face toate încercările ca sugarul să primească direct laptele de la sîn. În situații speciale, cînd este nevoie să se administreze lapte muls, se va păstra o igienă riguroasă în recoltarea și manipularea laptelui de mamă. În maternitate, laptele recoltat de la mame se fierbe.

Alimentația naturală

241. În afară de unele cazuri bine motivate, este bine să se respecte legile naturii. Se știe că la orice animal, dezvoltarea optimă este asigurată cu laptele propriei specii.

„Laptele și dragostea de mamă nu se înlocuiesc"

Și la om, laptele matern garantează o bună dezvoltare a copilului. Așa cum s-a văzut anterior (punctul 226), este singura hrană care este adaptată nevoilor nou-născutului și sugarului. Este laptele care se digeră cel mai ușor, cu o solicitare minimă din partea organismului copilului. În același timp este singurul lapte crud care poate fi băut fără pericol, pentru că ajunge

[1] (lat. *morbidus* = bolnăvicios): proporția de îmbolnăviri.
[2] (lat. *mortalitas* = mortalitate); proporția de decese.

direct, curat şi steril, din sînul mamei la copil. Copilul hrănit exclusiv la sîn nu va suferi de infecţii intestinale de origine alimentară. Consumat crud, laptele păstrează intact conţinutul în vitamine şi în săruri minerale. Aşa cum am arătat mai sus (punctul 227), laptele uman conţine o serie de substanţe protectoare (anticorpi, enzime) împotriva unor boli.

Scaunele sugarului hrănit la sîn sînt mai puţin abundente (substanţe reziduale în cantităţi mici) decît ale copilului alimentat cu biberonul.

Alimentaţia la sîn prezintă şi un alt avantaj mai puţin cunoscut: permite o adaptare mai uşoară la cantitatea de lapte necesară fiecărui copil. Acesta poate suge cît simte nevoia. Se pare că din această cauză copiii hrăniţi la sîn îşi sug degetul mai puţin decît cei alimentaţi artificial. S-ar părea că aici intervine şi surplusul de afecţiune şi intimitate care se stabileşte între mamă şi copil prin actul alăptării.

Din punct de vedere practic, mama care alăptează economiseşte multe ore de lucru, griji şi cheltuieli. Intr-adevăr, ea nu sterilizează biberoanele, nu calculează diluţii, concentraţii şi adaosuri. Ea nu prepară şi nu fierbe nimic, nu are grijă să-şi procure lapte praf sau să controleze temperatura înainte de a-l da copilului. Alăptarea constituie, aşadar, o mare economie de timp, de energie şi de bani.

Cea mai neiniţiată mamă învaţă în cîteva minute puţinele reguli ale alăptării, pe cînd pentru însuşirea tehnicii alimentaţiei artificiale, pe lîngă îndemînare, este necesară o întreagă „ştiinţă", mereu modificată de progresele actuale ale medicinii.

Pe plan psiho-emoţional, alăptarea creează o legătură mai trainică cu copilul. Mama care hrăneşte copilul la sînul său simte în străfundul fiinţei sale că-i dă ceva ce nu-i poate oferi nici o altă persoană şi acesta este un simţămînt unic pentru femeie. În noianul de griji, de incertitudini, de dureri, de speranţe şi de trăiri atît de intense şi de împărţite, alăptarea devine pentru o mamă echilibrată o adevărată plăcere, conferindu-i sentimentul şi satisfacţia deplină de a fi mamă.

Emoţiile şi grijile legate de fiecare supt, de-a lungul multor luni, vor pretinde, fireşte, un mare sacrificiu din partea mamei; ea va fi obligată să renunţe la distracţii şi la o mare parte din libertatea de mişcare în afara familiei. Nu poate fi socotită mamă bună femeia care nu este gata să se sacrifice fără ezitare, de pe acum, pentru copilul său. Temerile de ordin estetic nu trebuie să fie niciodată un motiv de a renunţa la alăptare. Volumul ţesutului glandular se va micşora din nou după ce se termină alăptarea.

Motivări ca: „nu am lapte" sau „copilul nu a vrut să sugă" sau, în sfîrşit, „mi-a pierit laptele", ascund, de cele mai multe ori, lipsa dorinţei mamei de a alăpta. Nu există, practic, o lipsă totală a secreţiei lactate. Scăderea numărului de mame care alăptează a fost determinată îndeosebi de urmările negative ale civilizaţiei moderne: dezlipirea de căminul strămoşesc; agitaţia; o „modernizare şi emancipare" prost înţeleasă a unor tinere; lipsa de ajutor în perioada de lăuzie din partea părinţilor; lipsa unei educaţii sanitare (ar trebui să se înceapă din şcoală o „iniţiere" a fetelor pentru rolul de viitoare mame!).

Într-un studiu efectuat în sectorul 2 din Bucureşti, s-a constatat că o mare parte a mamelor au întrerupt alăptarea cu mult înainte de epuizarea concediului legal postnatal. Înţărcarea s-a făcut în 80% din cazuri fără o motivare obiectivă, din comoditate, indolenţă, dorinţa de a participa la micile plăceri oferite de oraş (spectacole, vizite, excursii etc.), toate avînd la bază o lipsă de educaţie sanitară. „Iniţierea" pentru înţărcare a început chiar din maternitate, unde alte mame („cu experienţă") le-au convins că sugarii „merg bine" şi cu lapte de vacă sau cu lapte praf. Acasă, la prima afirmaţie a mamei

că nu „are lapte", s-a introdus un preparat de lapte sau ceai, cu sau fără avizul medicului. *Folosirea biberonului în primele săptămîni, cînd nou-născutul nu are putere şi nu „ştie" să sugă, iar secreţia lactată nu este complet instalată, duce aproape în toate cazurile la înţărcarea precoce (nou-născutul nu este pus regulat la sîn; nu mai „vrea să tragă" din sîn; o parte din lapte rămîne neevacuat).*

La ieşirea din maternitate, prin emoţiile şi eforturile fizice pe care le implică revenirea acasă, se poate determina adesea o *scădere temporară a secreţiei lactate.* Sora de ocrotire este datoare să viziteze frecvent lăuza, să-i organizeze programul, să o sfătuiască în toate problemele. Limitarea eforturilor fizice, păstrarea repausului la pat, evitarea supărărilor şi a exceselor de impresii, alimentaţia corectă şi, mai ales, angajarea întregii familii în ajutorarea mamei sînt mijloacele cu care se poate corecta această scădere a secreţiei de lapte. De asemenea, este foarte important să nu se treacă nejustificat la completări cu alte preparate de lapte şi *nici la folosirea biberonului pentru a se da completările de lapte sau de ceai.* În astfel de situaţii, mama se va mărgini doar să dea nou-născutului cîteva linguriţe de ceai îndulcit cu zahăr (1/2 linguriţă rasă la 100 ml), între mese, la nevoie, pentru a evita apariţia „febrei de sete".

Sugarul va fi pus des la sîn, după un orar elastic, în perioadele cînd mama este trează. Dacă acesta nu are putere sau „nu ştie" să sugă, se vor goli sînii prin muls corect, imediat după fiecare supt. Dacă sugarul este liniştit, buzele şi mucoasa gurii nu se usucă, dacă temperatura copilului este sub 37,4°C (rectal), dacă urinează mai mult de 5 ori în 24 de ore, iar temperatura din cameră nu depăşeşte 24°C, nu este necesar adaosul de lichide.

Regula generală este de a oferi un singur sîn la o masă, pentru a fi complet golit. În primele zile şi chiar mai tîrziu, dacă secreţia de lapte nu este suficientă, copilul va fi pus la ambii sîni, începînd cu dreptul, iar data următoare cu stîngul, alternînd ordinea cu care se alăptează de la o masă la alta.

242. **Tehnica alăptării.** Mama şi nou-născutul trebuie să înveţe, fiecare în felul lui, „tehnica" corectă a alăptării.

Orice nou-născut normal execută, după cîteva zile de viaţă, mişcările normale de supt. În continuare, mama este datoare să-l „înveţe să mănînce", înţelegînd prin aceasta:

— să prindă mamelonul şi areola;
— să-şi găsească singur poziţia corectă a capului, gurii şi nasului;
— să nu înghită aer;
— să nu adoarmă la sîn;
— să „termine repede" cu fiecare masă şi
— să adoarmă imediat după aceea.

Uşor de spus, dar destul de greu de pus în practică de multe ori! Unii nou-născuţi par să se fi născut cu foame şi cu „lecţia învăţată", în timp ce alţii au nevoie de cîteva zile sau săptămîni pînă reuşesc să sugă corect. Fiecare copil are de pe acum particularităţile sale şi mama recunoaşte unele manifestări ale „personalităţii".

Ceea ce este sigur şi trebuie întipărit în mintea oricărei mame (şi a întregii familii, care este datoare să ajute pe mamă în acest scop) este că, între alţi mulţi factori care influenţează *instalarea, creşterea şi menţinerea secreţiei lactate,* cei mai importanţi sînt:

— *dorinţa şi voinţa de a alăpta;*
— *punerea regulată a sugarului la sîn;*
— *starea sufletească şi echilibrul nervos al mamei;*
— *armonia vieţii de familie;*
— *vigoarea şi „priceperea" nou-născutului la supt;*
— *conştiinciozitatea, pregătirea profesională şi energia sorei de ocrotire;*

— *starea de sănătate a mamei și nou-născutului;*
— *unele medicamente administrate mamei și nou-născutului.*

Pentru ca tehnica alăptării să se efectueze corect, socotim că trebuie să insistăm asupra cîtorva puncte, valabile de altminteri atît la maternitate, cît și la domiciliu:

a) Ca orice lucru nou, tehnica alăptării trebuie „învățată" bine de către mamă.

b) Un nou-născut la termen, cu greutate normală, dar care nu suge și nu înghite cînd este pus la sîn, zile în șir și la toate supturile, este un copil care poate pune probleme în viitor și care probabil a suferit în timpul sarcinii și/sau nașterii.

c) În timpul cît alăptează, lăuza trebuie să fie calmă, să nu i se facă observații. Acasă va alăpta singură în cameră, fără „asistență" și „consilieri", care o sustrag, o necăjesc și îl tulbură pe sugar. Conversațiile în timpul alăptării sînt interzise.

d) Înainte de a pune nou-născutul la sîn, mama se va spăla cu grijă pe mîini; din timp, în timp, își va curăța unghiile, în prealabil tăiate scurt. Părul lung ce cade pe umeri va fi ridicat și strîns cu un batic. Se înlătură sutienul cu care sînt susținuți sînii, apoi se îndepărtează compresele sterile de pe mameloane. Cu alte comprese sterilizate sau cu o batistă curată, înmuiate în apă călduță, se spală mameloanele, areola și pielea din jur.

Nu se ung sînii cu substanțe grase și nu se aplică substanțe dezinfectante, care s-au dovedit inutile și uneori vătămătoare. Soluția de acid boric, recomandată atîta vreme, s-a dovedit pe de o parte iritantă pentru piele, ducînd la formarea de crăpături (fisuri mamelonare), iar pe de altă parte, toxică pentru sugar.

e) Mirosul parfumurilor folosite de unele mame face pe unii sugari să refuze sînul.

f) Pregătirea mamei pentru alăptare se face înainte de a trezi sugarul. Dacă este nevoit să aștepte pînă ce mama este gata de alăptat, el va deveni nervos, nu va prinde bine mamelonul, va înghiți mult aer, va suge cu întreruperi, fără vigoare sau chiar va adormi la sîn. Unii sugari nu vor să sugă dacă sînt treziți din somn; probabil nu au senzația de foame și nu și-au satisfăcut nevoia de somn. Este unul din motivele care a dus la „alimentația la cerere", singura pe care noi o recomandăm la sugarul sănătos, la domiciliu.



Fig. 63 — Alăptarea în poziție culcată.

g) Pentru supt se va alege poziția cea mai confortabilă atît pentru mamă, cît și pentru sugar. În maternități există saloane speciale, prevăzute cu „scaune de alăptare", construite pentru acest scop.

Acasă, în primele zile, lăuza va alăpta stînd în pat, cu o pernă sau o pătură făcută sul sub cap, în așa fel ca partea de sus a trunchiului să fie puțin ridicată. Mama va sta culcată pe o parte, iar nou-născutul va fi așezat cu fața spre mamă, pe unghiul format între brațul și antebrațul de partea sînului din care alăptează (fig. 63). Cu cealaltă mînă mama va ține sînul, introducînd mamelonul în gura nou-născutului.

Mai tîrziu, cînd mama s-a restabilit, alăptarea se face în poziție șezînd, pe un scaun comod, cu spătar (nu pe marginea patului), ținînd piciorul, de partea sînului din care alăptează, ridicat pe un scăunel. Sugarul va fi ținut puțin întors pe o parte, cu capul în unghiul format de braț și antebraț. Capul sugarului nu trebuie lăsat prea mult pe spate, întrucît această poziție îl împiedică la supt.

h) Mama va introduce în gura nou-născutului mamelonul și areola (dacă aceasta este îngustă, el cuprinde chiar și o parte din pielea de dincolo de areolă); numai așa presiunea exercitată de mișcările de supt ale sugarului face să vină laptele prin canalele de scurgere a laptelui (canale galactofore). Dacă presiunea buzelor și gingiilor se exercită numai pe mamelon, pe lîngă faptul că este în mare parte ineficientă („nu vine lapte"), se pot produce eroziuni sau crăpături la nivelul mamelonului, care determină durere locală, scăderea secreției lactate și chiar infecții.

Mama va prinde sînul la marginea areolei strîngîndu-l între degetul arătător și cel mijlociu, pentru ca nasul sugarului să rămînă liber pentru respirație (fig. 64). În același timp, compresiunea exercitată cu policele (degetul mare) ceva mai sus pe sîn ajută la evacuarea laptelui din canalele galactofore.



Fig. 64 — Mama oferă sugarului sînul cuprins între degetul arătător și mijlociu, avînd grijă să nu împiedice respirația nazală.

i) În timpul alăptării nu se va îndepărta niciodată copilul de la sîn, pentru ca mama să facă față altor solicitări (să răspundă la telefon, să deschidă o ușă etc.). *Smulgerea brutală a sînului din gură poate duce ulterior la refuzul sînului!*

j) Dacă nou-născutul adoarme în timpul suptului, înainte de a fi luat cantitatea necesară (după părerea mamei), mama va mișca ușor mamelonul în gura copilului sau îl va retrage puțin. Dacă nu se trezește, este bine ca sugarul să fie culcat.

k) Ce se face dacă nou-născutul nu golește sînul pentru că se satură prea repede? Dacă este un sugar viguros, care suge la 3—4 ore și se satură, mama va mulge restul de lapte cu mîna. Dacă sînul nu este golit complet la fiecare supt, secreția de lapte scade.

l) Cînd sugarul este prea debil pentru a goli sînul, restul de lapte se mulge cu mîna sau cu pompa într-un vas curat, smălțuit. Apoi se încălzește la temperatura corpului și se dă cu lingurița, cu biberonul sau chiar cu pipeta.

m) Dacă mama crede că pentru a avea lapte la masa următoare este bine să-i dea un biberon copilului, ea se înșală. Cu timpul, lipsind stimulentul fiziologic (golirea regulată a glandelor mamare), secreția lactată se va micșora.

n) Pentru sugar este important ca la alăptare să fie: în stare de veghe, flămînd, uscat (schimbat), înfășat corect și comod (nu prea strîns, nu prea gros, dar nici prea ușor), să aibă o poziție corectă la sîn.

o) După a 10-a zi de viață, prelungirea suptului peste 15 minute (cel mult 20 de minute) obosește pe mamă și duce la rănirea mamelonului. Sugarul își formează deprinderea de a adormi ori de cîte ori este pus la sîn: după ce trage cîteva minute din sîn adoarme; la încercarea de a-l pune în pat, se

trezește, începe să țipe, iar dacă este pus din nou la sîn trage de cîteva ori și adoarme din nou. Se creează un cerc vicios care duce la micșorarea secreției laptelui, la subalimentarea sugarului și la dereglarea programului supturilor.

În primele 5—10 minute sugarul suge cantitatea cea mai mare de lapte și golește sînul în 10, cel mult 15 minute. După aceea, el suge numai pentru a-și satisface nevoia de „a suge" și plăcerea de a fi ținut în brațe (și nu pentru a primi mai mult lapte).

p) Orice rest de lapte se va extrage manual („se mulge") după fiecare supt.

r) Nu se va impune un orar rigid al meselor.

s) Între mese nu se va da nou-născutului să bea mult ceai (nu se va îndulci excesiv!) și nici nu va fi ținut în brațe.

243. Orarul meselor se va fixa în funcție de necesitățile nutriționale specifice ale fiecărui nou-născut. Or, se știe că există limite mari de variații ale apetitului nou-născutului. Durata de evacuare a stomacului variază între 1 și 4 ore. Pofta de mîncare și rația la fiecare masă diferă mult în primele 4—6 săptămîni. De aceea, schema de alimentație va fi bazată pe reglarea proprie, de către sugar, a ritmului meselor.

La noi în țară, ca și în alte țări, există în momentul de față contradicții între susținătorii orarului rigid și cei ai libertății totale în ceea ce privește numărul și intervalul dintre mese.

La noi, în cursul ultimilor 50 de ani, s-a respectat în general, orarul strict de alăptare, cu 7 mese în 24 de ore (6; 9; 12; 15; 18; 21; 24 și o pauză de noapte de 6 ore) sau cu 6 mese (6; 9,30; 13; 16,30; 20; 23,30 și o pauză de noapte de 6 1/2 ore). În ultimii ani unii pediatri susțin să se administreze numai 5 supturi în 24 de ore (la intervale de 3 1/2 — 4 ore și o pauză de noapte de 8 ore).

Rigiditatea orarului era altădată o dogmă. Iată ce spunea pediatrul german Degwitz în jurul anilor 1940: „Mamele nu trebuie să devină sclavele sugarului. Sugarul trebuie să învețe să se stăpînească. Cu ajutorul unui program rigid de îngrijire și alimentație, el este ajutat pe această linie. Rolul sugarului este pur pasiv. El nu mănîncă, ci este alimentat; el nu doarme, ci este culcat". Este bun acest sfat? Nu cumva în această alimentație rigidă se găsesc rădăcinile inapetenței și reacțiile de negativism ale multor copii? Cu un astfel de program fix și nefiresc nu intrăm în conflict cu bunul simț și observațiile multor mame?

În învățămîntul medical de toate gradele și în practica pediatrică de toate zilele mulți au aplicat această concepție, încercînd să insufle mamelor teama de orare libere, găsind motivări psihologice[1]. Printre altele, se susținea că supturile la ore neregulate conduc, în mod sigur, la formarea de copii răsfățați. S-a mers pînă acolo încît s-a susținut că în afara orelor de supt, sugarul să nu fie luat în seamă, chiar dacă plînge tot timpul.

Majoritatea sugarilor s-au acomodat foarte bine la aceste orare stricte.

Au existat și vor exista însă rebeli la orice reglementare: sugari al căror stomac nu poate să conțină o rație care să ajungă pentru patru ore, sugari care adorm în timpul suptului, sugarii nervoși sau care suferă de dureri („colici") intestinale.

Pînă la instaurarea unei concepții liberale în privința regimului alimentar, nici un medic sau soră de ocrotire nu ar fi avut îndrăzneala să dea sugarului să bea, nici să sfătuiască pe mamă să-l ia în brațe pentru cîteva minute în afara orelor de supt cu toate țipetele acestuia. Situația era dramatică pentru mama

[1] De subliniat că fostul nostru maestru prof. A.D. Rusescu, contrar opiniei generale, conducîndu-se după lunga sa experiență, a fost tot timpul adeptul unui orar elastic în alimentația naturală, menținînd în primele săptămîni și suptul de noapte.

conștiincioasă, disciplinată, care, ascultînd de sfaturile medicale, se chinuia, forțîndu-se să-și învingă dorința de a-l liniști pe sugar. Noroc că multe dintre ele lăsîndu-se conduse de instinctul matern și observînd caracteristicile propriului copil, încălcau acest program fără nici o autorizare. În deceniul al 5-lea al acestui secol, în Statele Unite, această concepție rigidă a început să fie părăsită treptat.

Iată ce scrie medicul american Benjamin Spock în celebra sa carte „The common sens book of baby and child": „Primele încercări au fost făcute de medicul Preston Mc. Lendon în colaborare cu psihologa Frances P. Simsarian, ea însăși proaspătă mamă. Ei au vrut să știe ce fel de orar ar adopta Simsarian-junior, dacă ar fi hrănit la sîn de fiecare dată cînd îi este foame. În primele zile nou-născutul s-a culcat la ore destul de neregulate. În momentul „suirii" laptelui (în a doua jumătate a primei săptămîni) s-a trezit și mai des, de aproximativ 10 ori pe zi. La două săptămîni, el nu mai pretindea decît 6—7 supturi pe zi, la intervale neregulate. Spre vîrsta de 10 săptămîni a ajuns singur să ia un prînz la aproximativ 4 ore". Această metodă a luat numele de „regim liber". De atunci, din 1942, ea a fost din ce în ce mai larg adoptată, spre marea ușurare a părinților și copiilor.

244. Cum se stabilește un orar de alimentație. La sosirea din maternitate, cei mai mulți dintre nou-născuți își anunță foamea din 3 în 3 ore și numai foarte puțini la 4 ore, de obicei de 6—7 ori în 24 de ore. La început se va încerca alimentația după orarul din maternitate, fixat de medicul serviciului de nou-născuți (deci după programul cu care este obișnuit). După experiența noastră, însă, majoritatea vor dori 6—8 mese în primele 4—6 săptămîni de viață. Cei mai mici, cu stomac ce se evacuează mai repede, doresc să mănînce la circa 3 ore. O mare parte se trezesc la miezul nopții și la ora 2 noaptea. Sînt puțini nou-născuți care nu mai doresc încă o masă după miezul nopții. După noi, cea mai bună atitudine ar fi de a nu trezi nou-născutul la ora 24, ci de a aștepta să se vadă dacă el solicită această masă. În loc să se folosească ceaiul (biberon, încălzire etc.), mai comod și mai util este să se pună nou-născutul la sîn. Cu timpul, sugarul va suge tot mai rar la această oră și, spre vîrsta de 3—4 săptămîni, ajunge singur să nu se mai trezească noaptea, ci dimineața. Cîteodată unii nou-născuți renunță mai întîi la masa de la ora 23—24 și mai tîrziu la cea de la ora 2.

Nou-născutul sănătos își instalează rapid un interval de 4 ore între mese, ziua, cu o pauză de noapte mai prelungită. În timpul zilei, pauza cea mai lungă este între prima și a doua masă (mama are lapte din abundență; sugarul a avut liniștea necesară pentru a dormi și a se odihni cum trebuie în timpul nopții). Unele mame se plîng chiar că după masa de dimineață sugarul doarme dus și nu se mai scoală deloc. Credem că atitudinea cea mai bună este ca, de la început nou-născutul să fie lăsat să doarmă cît vrea între prima și a doua masă. Zicala „copilul crește și cu somn" conține o realitate certă.

Invers, dacă sugarul se trezește mai devreme, între aceste două mese, timp de mai multe zile, chiar dacă i se asigură condiții perfecte de liniște, înseamnă că rația de lapte este suficientă numai pentru intervalul respectiv; dacă intervalul este de 3 ore, se va continua cu acest ritm mai multă vreme, dacă este sub 2 1/2 ore trebuie consultat medicul de copii.

Ritmul de 4 ore, impus obligatoriu după o opinie care și-a făcut adepți în ultimul timp la noi, nu poate fi util la sugarul care este flămînd din 3 în 3 ore. În primele luni sugarul înregistrează foamea ca pe o senzație dezagreabilă, la care el reacționează automat prin plîns; dar el tace de îndată ce și-a potolit foamea. *Aceste reacții nu au nimic comun cu răsfățul sau cu încăpățînarea.* După ce sugarul crește, va avea mai rar senzația de foame.

Avantajul programului fix de alăptare constă în faptul că oferă mamei un indicator practic pentru orele de alimentație. În plus, ea poate constata

mai ușor dacă sugarul plînge de foame sau din alte motive. Acest program o ajută pe mamă la împărțirea timpului, așa că ea își poate planifica alte treburi sau se poate odihni în timp ce sugarul doarme. O împărțire ordonată, dar cu mici variații, a orarului corespunde cel mai bine necesităților sugarului. Mama trebuie să aibă în vedere atît comportarea sugarului, cît și programul ei zilnic de activitate. Sugestia noastră este de a avea ca obiectiv să ajungeți să hrăniți sugarul aproximativ la orele 6—10—14—18—22. La mulți sugari, acest orar se stabilește către vîrsta de 6 săptămîni.

Pentru nou-născuții care nu dorm fără întrerupere 8 ore în timpul nopții, unii medici recomandă ca, pînă la instalarea completă a secreției de lapte și mai ales pînă cînd curba greutății începe să crească ritmic, să se mai dea un supt intermediar (la orele 2 sau 3 noaptea); după circa 2 luni, în timpul nopții se va da ceai de anason sau de mușețel îndulcit cu glucoză (un pachețel de 5 g la 100 ml ceai) sau zahăr (o linguriță rasă la 100 ml); ceaiul prea dulce îl face pe sugar să-l prefere în detrimentul laptelui.

245. Rația alimentară în prima lună:

— la sfîrșitul primei săptămîni de viață nou-născutul suge în medie 200—400 ml/zi;

— la sfîrșitul celei de a doua săptămîni suge aproximativ 400—550 ml/zi;

— la sfîrșitul săptămînii a treia suge 450—600 ml/zi;

— la sfîrșitul celei de a patra săptămîni suge 500—650 ml/zi.

246. Eructarea (rîgîitul). După supt, nou-născutul va fi ținut pentru eructare (evacuarea aerului din stomac) și calmarea colicilor în poziție verticală, în brațe, cu burta lipită de trunchiul mamei, de dorit, dezgolit (mama va alăpta cu rochie ce se încheie în față). Compresiunea și căldura locală a pielii mamei alină durerile abdomenului și favorizează evacuarea gazelor din stomacul copilului. După ce este ținut circa 3—5 minute în brațe de către mamă, sugarul va fi culcat fie pe dreapta, fie pe burtă (în ultima poziție, mama va urmări ca nou-născutul să aibă puterea de a-și fixa capul pe o parte pentru a putea respira ușor pe nas). Unii sugari eructează ușor, alții numai după cîteva minute. Eructația poate fi ușurată dacă sugarul este înclinat puțin pe dreapta.

În cursul primelor 2—3 săptămîni este indicat ca nou-născutul să eructeze la fiecare masă, uneori chiar de două ori (o dată în timpul suptului și a doua oară după supt). Mai tîrziu, depinde de sugar dacă mai este sau nu nevoie de eructație. Dacă sugarul nu eructează, aerul înghițit în timpul suptului poate produce distensia stomacului provocînd vărsături sau colici.

247. Cum se determină dacă mama are lapte suficient. Nou-născuții și sugarii dorm 3—4 ore după supt. *Un alt semn, și mai sigur, este creșterea constantă în greutate cu aproximativ 170—210 g pe săptămînă. Controlul greutății se va face săptămînal.* Faptul că unii nou-născuți sau sugari sînt mai puțin somnoroși și stau mai mult treji nu înseamnă că nu le ajunge laptele.

Concluzia că nu are lapte suficient nu trebuie trasă numai de către mamă, în funcție de reacțiile sugarului după mese (plîns, agitație, caută sînul, își suge degetele, se liniștește dacă este luat în brațe și este pus la sîn etc.). Agitația, colicile, numărul scaunelor, diferențele cantitative ale rației de lapte de la o zi la alta, stagnările în greutate în unele zile nu au nici o semnificație, dacă nou-născutul arată bine, iar curba greutății este global ascendentă.

Atît cîntărirea zilnică a sugarului, cît și/sau proba suptului după fiecare masă pot duce la scăderea secreției lactate creînd o stare de îngrijorare a mamei. Ca reacție imediată se va completa alimentația cu biberonul, ceea ce duce, în perioada de nou-născut, la ințărcarea precoce. Dacă este vorba de un nou-

născut după vîrsta de 21 de zile sau de un sugar care suge viguros și golește ambii sîni, dar nu adoarme după aceea sau se trezește după o oră, este flămînd și nu crește în greutate, înseamnă că laptele mamei nu este suficient.

Cîntărirea zilnică și/sau proba suptului nevrozează pe unele mame

Înainte de a ajunge *la concluzia că mama are lapte puțin* trebuie excluse 3 posibilități: *a)* erorile în tehnica alimentației; *b)* factori care țin de oboseala fizică și suprasolicitarea psihică (emoții, supărări) a mamei; *c)* factori fizici care țin de nou-născut și care împiedică creșterea lui (boli etc.).

248. Cum se administrează completarea. Dacă sugarul stagnează în greutate și în săptămîna a 3-a de viață sau dacă progresul ponderal săptămînal (după 3 săptămîni de viață) este sub 150 g, sîntem nevoiți să introducem un preparat de lapte. Medicul va hotărî preparatul cu care se va completa alimentația. Este de dorit ca, pe cît posibil, să nu se folosească lapte de vacă, ci un preparat de lapte praf.

Sugarul va fi pus la fiecare supt la ambii sîni, pentru a-i goli. Apoi, completarea se va da cu lingurița; cînd este necesar să se administreze cantități mai mari de lapte, acestea pot fi date cu biberonul.

Dacă se oferă întîi biberonul, nou-născutul nu mai este suficient de flămînd pentru a goli sînul. Orificiile tetinei nu trebuie să fie prea mari, deoarece sugarul va refuza să sugă la sîn, de unde laptele curge mai greu.

Ce cantitate se adaugă? Medicul pediatru este singurul care va fixa cantitățile.

La început noi recomandăm ca adaosul (Humana 0, Materna 0, Humana 1, Similac, Lacto, Robebi A, lapte de vacă diluat 1/2 cu apă („decoct") de orez 2% și totul îndulcit cu 3—5% zahăr) să se facă numai la 1—2 mese din mijlocul zilei (la supturile III și/sau IV), cînd mama este obosită și secreția lactată scade. În prima zi, la mesele respective se adaugă cîte 25 ml după ce a fost ținut 15 minute la sîn; în zilele următoare cantitatea se crește tot cu cîte 25 ml; în caz că sugarul nu se satură cu simple completări, se vor înlocui 1—2 mese de sîn cu un preparat de lapte. Odihna ce se asigură prin înlocuirea acestor supturi face posibilă o secreție suficientă pentru celelalte mese (din cursul dimineții și serii). Se continuă în zilele următoare cu aceeași cantitate și se face bilanțul curbei ponderale după 7—10 zile.

Dificultăți de alăptare din partea mamei

În unele cazuri, alăptarea se izbește, din păcate, de o serie de dificultăți din partea mamei.

249. Instalarea secreției lactate, așa — numita „suirea" sau „furia laptelui", poate provoca o tumefiere (umflare) dureroasă și dură a celor doi sîni. Cantitatea de lapte produsă de glandele mamare este încă destul de redusă. Această stare poate dura mai multe zile la primipară. Sînii întăriți, încărcați cu lapte, vor fi susținuți cu un bandaj suspensor (vezi punctul 186 j). O compresă căldută cu alcool diluat (1/3 alcool 70° și 2/3 apă), aplicată pe sîni cu o oră înainte de supt, aduce cîteodată o oarecare ușurare. Această suire a laptelui constituie un semn sigur că va exista lapte din abundență. Măsurile recomandate pentru calmarea durerii și a senzației de apăsare a sînului se vor aplica cu prudență și pentru scurt timp. La nevoie mama poate lua la recomandarea medicului un calmant ușor, pentru a dormi în timpul nopții.

De cele mai multe ori, nou-născutul începe să tragă viguros din sîni şi să-i golească, ceea ce duce la scăderea tensiunii lor, la dispariţia durerilor şi creşterea secreţiei lactate. Dacă sînii rămîn mici şi moi şi dacă laptele este în cantitate mică, mama va încerca să stimuleze lactaţia prin corectarea propriei alimentaţii (mese mai dese, cu alimente gustoase şi consistente şi mai ales printr-un consum mai mare de lichide sau fructe) şi punerea nou-născutului să sugă ori de cîte ori cere, la ambii sîni. *Fiecare picătură de lapte matern este de mare preţ pentru sugar, iar perseverenţa în alăptare poate duce la succes chiar după 10—15 zile.*

250. **Adesea la primipare laptele nu curge decît încet şi greu, chiar dacă nou-născutul suge bine.** Mai sus am recomandat aplicarea de comprese. Iradierea sînilor cu lampa de raze ultraviolete timp de 2 minute, de mai multe ori pe zi, dă de asemenea, uneori, rezultate bune. Dacă nou-născutul suge slab şi sînul nu este golit, se va evacua laptele manual sau cu pompa, după fiecare supt. Mama are datoria să se menajeze în mod deosebit atît fizic, cît şi psihic. La femeile pe care sarcina le-a

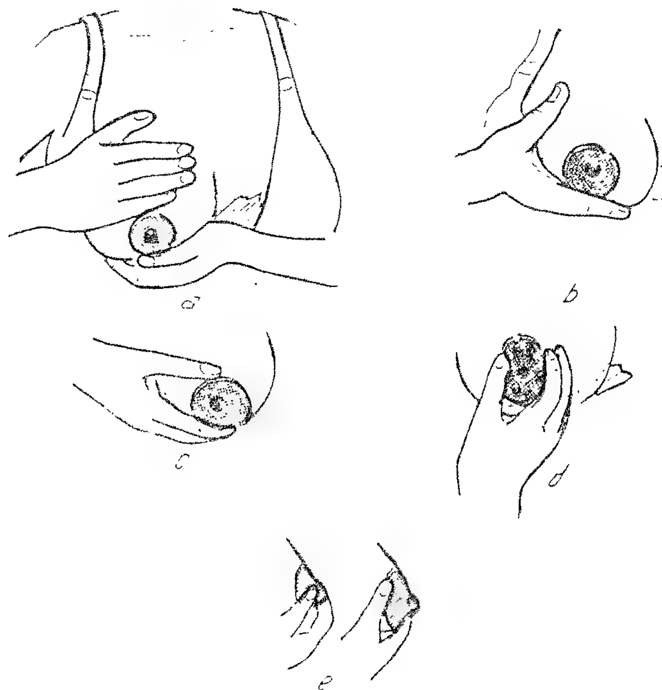


Fig. 65 — Tehnica mulsului:

a) sînul este sprijinit în palma unei mîini; cu cealaltă mînă se fac mişcări uşoare de masaj, pornind de la baza sînului spre areolă, de jur împrejurul sînului; b) apoi sînul este sprijinit în palma mîinii drepte; policele se plasează la jumătatea distanţei între bază şi areolă; c) se deplasează spre areolă, executînd o presiune uşoară; d) la marginea areolei se exercită o compresiune mai puternică şi laptele ţîşneşte din canale; e) apăsarea numai pe mamelon comprimă canalele şi împiedică evacuarea laptelui

epuizat şi care sînt slăbite ca urmare a travaliului, secreţia lactată normală se poate instala de abia după 1—2 săptămîni.

O scădere temporară a secreţiei de lapte poate fi observată la revenirea mamei din maternitate.

251. **Forma defectuoasă a mameloanelor** *(vezi punctul 131).* *Nevrozarea şi epuizarea fizică a mamei* (trebuie să se mulgă de 6—7 ori în 24 de ore), durerea locală, riscul inflamaţiei mameloanelor, infectarea laptelui muls (prin recoltare, manipulare, conservare) fac uneori dificilă alimentarea cu lapte de mamă. În astfel de cazuri se poate recurge la un preparat de lapte praf.

De subliniat că la mamele cu o producţie normală de lapte, la care mameloanele ombilicate fac alăptarea imposibilă pot apare inflamaţii serioase ale glandei mamare, prin stagnarea laptelui şi pătrunderea microbilor în canalele galactofore.

252. În caz de **mameloane mici,** mai ales dacă este vorba de un sugar neputincios sau capricios, se poate ajunge la eşec total. Sugarul caută să apuce mamelonul, dar nu reuşeşte nici să-l găsească şi nici să-l prindă, se enervează, începe să plîngă şi să întoarcă capul. În astfel de situaţii, la unele prînzuri, pînă cînd nou-născutul devine mai viguros, se vor mulge sînii (cu mîna sau cu pompa). Mama va învăţa corect tehnica golirii sînului: manual (fig. 65 a) b) c) d) e)) sau cu pompa (fig. 66). Datorită mişcărilor de masaj, dar mai ales aspiraţiei puternice exercitată de pompă, mamelonul poate deveni apt pentru alăptare.

De multe ori, mameloanele sînt inegale în ce priveşte volumul, consistenţa şi forma, aşa se explică faptul că mulţi sugari sug mai bine dintr-unul din sîni. Nou-născutul va fi pus la sîn imediat ce se trezeşte, înainte de a avea timp să se enerveze; dacă începe să plîngă încă de la prima tentativă, mama îl va ţine în braţe şi va aştepta să se calmeze, înainte de a-l pune din nou la sîn, apoi va stoarce cu mîna cîteva picături de lapte pentru a umezi mamelonul şi areola, va comprima areola între degetul mare şi arătător, pentru a uşura introducerea mamelonului în gura sugarului.

253. **Iritaţiile, crăpăturile, sîngerările mamelonului.** La mamele care au pielea sensibilă şi mucoasele delicate pot să apară fisuri (crăpături) şi sîngerări ale mamelonului care fac ca alăptarea să devină extrem de dureroasă. Astfel de răni se formează atunci cînd sugarul apucă sînul şi trage cu prea mare lăcomie sau cînd este ţinut prea mult la sîn. De asemenea, lipsa de igienă (vezi punctul 186 j) şi resturile de lapte ce se usucă şi se lipesc de mameloane contribuie la îmbolnăvirea acestora.

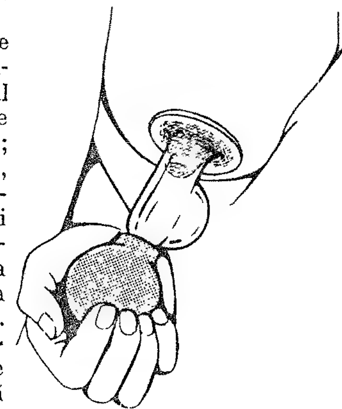


Fig. 66 — Evacuarea laptelui cu ajutorul pompei.

Dacă mamelonul crapă şi/sau sîngerează, este bine să se suspende punerea la sînul de partea bolnavă, timp de 24—48 de ore (timp în care mama se va mulge sau va evacua laptele cu pompa de muls). Medicul va prescrie un medicament care poate fi aplicat pe mameloane.

Un mijloc eficient de tratament constă în ştergerea prin tamponare cu o compresă sterilă uscată a mamelonului şi ţinerea lui descoperit, în contact direct cu aerul, timp de un sfert de oră după fiecare supt.

Nu se vor folosi cămăşi şi sutiene din material sintetic. Pentru a evita nfundarea canalelor sînului bolnav, este bine ca acesta să fie golit (muls) de 2—3 ori în 24 de ore. Sugarul va suge la fiecare masă din celălalt sîn (sănătos). Dacă, din cauza crăpăturilor care sîngerează, sînul nu poate fi golit complet şi rămîne sub tensiune, se vor aplica alternativ comprese reci cu ceai de muşeţel şi cu alcool diluat.

Dacă aspectul mamelonului se ameliorează după 24—48 de ore de repaus, nou-născutul poate începe să sugă timp de 3 minute la fiecare masă. În cazul cînd mamelonul nu se mai umflă, nu se întăreşte sau nu mai apar dureri, se va creşte progresiv durata suptului de la 5 minute în prima zi, la 10 minute în a doua şi la 15 minute în a treia zi. Dacă reapar durerile şi crăpăturile, se suprimă suptul pentru ca sînul să fie pus din nou în repaus.

254. **Durerea şi/sau umflarea sînului.** De obicei sînii se întăresc cînd lobulii glandulari care conţin lapte se umplu prea mult. Aceasta nu o deranjează întotdeauna pe mamă, dar poate determina întărirea şi turtirea areolei în aşa fel încît sugarul să nu mai reuşească să cuprindă mamelonul în gură, pentru a-l comprima cu eficacitate. Sora de ocrotire va arăta mamei cum să stoarcă laptele, pentru ca regiunea pigmentată să devină mai suplă şi nou-născutul să poată suge fără dificultate. Astfel de tulburări (umflarea, întărirea sînului, durerea, uneori roşeaţa) apar de obicei spre sfîrşitul primei săptămîni. Alteori însă, împăstarea nu se limitează numai la areolă, ci cuprinde întreg sînul, care devine umflat, tare, mai cald şi începe să se înroşească. După golirea sa rămîn încă noduli de dimensiuni variate. Dacă nu se iau măsuri împotriva stagnării laptelui şi persistenţei nodulilor, se ajunge la inflamaţii redutabile (mastite). În astfel de situaţii este mai bine ca, în loc de stoarcerea sînilor, să se folosească o pompă cu care să se evacueze laptele rămas după suptul copilului. *Pentru a nu se ajunge la fisuri şi inflamaţii se indică următoarele: expunerea la aer de mai multe ori pe zi, timp de 10—15 minute, renunţarea la sutien şi înlocuirea cu un suspensor sub formă de eşarfă care se trece peste umărul opus, folosirea de lenjerie de bumbac şi de rochii subţiri cu deschizătură în faţă, curăţirea mameloanelor de resturile de lapte, schimbarea frecventă a compreselor ce se pun pe mameloane, ungerea cu lanolină, evitarea săpunurilor tari, a alcoolului pur, expunerea 1—3 minute la raze ultraviolete; se recomandă, de asemenea, alăptarea mai frecventă (la 2—3 ore) deoarece înfometarea sugarului îl va face să sugă mai viguros, iar prin aceasta lezarea mamelonului se poate accentua.*

• *Mastita* (vezi punctul 192).

255. **False dificultăţi.** Unele mame dau o interpretare greşită unor fenomene fiziologice. Dintre acestea amintim:

a) Aşa-zisa calitate necorespunzătoare a laptelui. Destul de des, apare motivarea că „laptele nu este bun". Culoarea mai deschisă a laptelui de femeie, vîscozitatea mai redusă şi gustul diferit de acela al laptelui de vacă fac pe unele mame să declare că laptele lor nu este bun, este prea „apătos". În realitate nu există lapte „rău", care „nu face bine" sugarului.

b) Alteori, consistenţa moale, numărul mai mare sau culoarea verde a scaunelor nou-născutului alimentat natural constituie motivul care determină aprecierea că laptele matern „nu prieşte" copilului. Aceasta o face pe mamă (din păcate adesea cu aviz medical) să mai adauge ceva (Eledon, Humana, Similac, Robébi, Lacto, lapte de vacă, apă de orez) în alimentaţie şi adesea se ajunge la înţărcare. Trebuie să se ştie că sugarul hrănit la sîn poate avea scaune foarte variate în ceea ce priveşte numărul (de la 0 la 7—8 pe zi), culoarea şi consistenţa.

Criteriul major al aprecierii valorii alimentaţiei naturale (la sîn) este creşterea corespunzătoare în greutate. Un sugar înţărcat din cauza scaunelor moi va face cu siguranţă, mai tîrziu, tulburări digestive importante

c) Hipergalactia („am prea mult lapte") impresionează şi nelinişteşte multe femei. Ea nu constituie însă un motiv de îngrijorare. Se lasă sugarul să sugă pînă cînd se satură şi apoi se goleşte sînul (cu pompa sau prin muls). Dacă sugarul suge prea mult şi apar vărsături sau diaree, se va extrage o parte din lapte înainte de a pune sugarul la sîn sau se va reduce durata suptului. Dacă laptele se scurge spontan, se vor ţine mameloanele învelite în vată sterilă, care se schimbă des. Sînii se vor spăla de mai multe ori pe zi cu apă rece, pentru a înlătura resturile de lapte, care irită şi macerează mameloanele şi predispun la infecţii.

Dificultăţi de alăptare din partea sugarului

256. **Nou-născuţii prea slabi sau prematurii** nu pot să sugă, adorm după cîteva înghiţituri şi lasă sînul din gură. În acest caz este necesar mulsul sau utilizarea unei pompe (vezi şi capitolul despre prematur).

Sugarii leneşi la supt au suferit adesea la naştere; de obicei, ei sînt foarte somnolenţi. În timpul icterului fiziologic o mare parte dintre nou-născuţi sînt mai somnolenţi şi se alimentează mai greu. De obicei, aceşti nou-născuţi trag de cîteva ori din sîn, apoi se opresc şi adorm. Alimentaţia lor necesită îndemînare şi răbdare.

Nou-născuţii la care naşterea a fost prelungită, cei care s-au născut în stare de asfixie (vineţi) sau nu au ţipat după naştere (ca semn că au suferit) refuză să sugă în primele zile, chiar dacă au o greutate normală. Dacă lezarea creierului nu a fost prea gravă, ei încep să sugă în decurs de cîteva zile. După dispariţia manifestărilor patologice, aceşti nou-născuţi vor fi puşi regulat la sîn, mulgîndu-se apoi laptele rămas. Dacă în creier s-au produs dereglări mari, manifestate în primele zile prin convulsii (înţepenirea totală sau tresăriri ale muşchilor) şi/sau cianoză (învineţire în jurul gurii sau a feţei, a mîinilor şi a picioarelor), nou-născutul va fi pus la repaus total, evitîndu-se orice efort şi făcîndu-se minimum de manevrări. Se va încerca alimentaţia cu lapte muls, dar cu pipeta, cu linguriţa şi apoi cu biberonul. La nevoie, se recurge la alimentaţia prin gavaj (laptele este introdus cu seringa printr-o sondă în stomac).

257. **Refuzul de a suge.** Dacă nou-născutul a supt cîteva zile mai mult sau mai puţin bine, iar după aceea refuză dintr-o dată sînul, înseamnă că a intervenit ceva deosebit: *îmbolnăvire sau o greşeală din partea mamei.* Adesea este vorba de o obstrucţie nazală printr-un guturai sau de o infecţie a mucoasei bucale (*muguet* sau „mărgăritărel"). De aceea, la venirea din maternitate nou-născutul va fi protejat de variaţiile prea mari de temperatură (camere supraîncălzite, care se deschid direct în afară; diferenţe prea mari între temperatura de noapte şi cea din timpul zilei etc.); vor fi feriţi de contactul cu persoane cu guturai şi în general de orice contact direct cu persoanele adulte (nu se vor săruta copiii!). La nou-născuţii care au contractat un guturai, se picură în nas cu o pipetă ser fiziologic; în caz de secreţii, acestea se aspiră cu o pară mică de cauciuc. Curăţirea cu vată sau comprese irită mucoasa nazală şi poate determina infectarea ei.

Dintre greşelile mamei care pot duce la dificultăţi de supt din partea nou-născutului amintim: *rigiditatea orarului, forţarea nou-născutului să sugă trezindu-l din somn, bruscarea acestuia în timpul suptului, proba suptului, nervozitatea şi nepriceperea mamei.*

Cauzele cele mai frecvente ale înțarcării precoce la nou-născutul sănătos: lipsa de dorință și de voință de a alăpta din partea mamei; greșeli de tehnică a alăptării; utilizarea biberonului

Biberonul este *dușmanul nr. 1* al sînului pentru nou-născuții care din primele zile sînt hrăniți cînd la sîn, cînd la biberon. Sugarul, ca orice ființă umană, are tendința la comoditate; ori, *efortul depus pentru a trage din biberon este de șapte ori mai mic decît cel depus pentru supt!* Cu timpul, cînd este pus la sîn, nou-născutul țipă sau pur și simplu refuză să sugă. Mamei nu-i rămîne decît soluția de a-și mulge laptele și de a-l da nou-născutului cu biberonul. Ca atare, nu se va folosi biberonul concomitent cu alimentația la sîn, decît pentru un motiv major. Orificiul tetinei nu va fi prea mare!

258. **R e g u r g i t a ț i i l e ș i v ă r s ă t u r i l e.** Prin regurgitație se înțelege eliminarea pe gură de aer și de cantități mici de lapte nemodificat, la scurt timp după supt. Vărsăturile se deosebesc de regurgitații prin faptul că laptele este adesea modificat (închegat sub formă de grunji mici) și proiectat la distanță, sînt mai abundente și survin de cele mai multe ori la un interval mai mare după masă (cu excepția celor din stenoza hipertrofică de pilor sau din malformațiile esofagului). Regurgitațiile sînt fără nici o semnificație patologică.

Vărsăturile pot fi manifestarea unei boli, dar și dovada unei greșeli în tehnica de alăptare: supraalimentația, manevrele brutale de îngrijire după ce nou-născutul este alăptat, graba sau nervozitatea mamei în timpul suptului, starea de tensiune nervoasă în familie. Alteori, vărsăturile survin la nou-născuții care sug repede, mult, și înghit mult aer (aerofagie).

Dacă vărsăturile nu se însoțesc de alte tulburări generale, sînt rare, neregulate, în cantități mici și nu se însoțesc de scădere importantă în greutate, se continuă alăptarea. Împreună cu sora de ocrotire (care va asista la unul sau mai multe supturi), se va urmări și se va corecta tehnica alăptării.

La apariția bruscă a unor vărsături mai numeroase se suspendă o masă de lapte și se înlocuiește cu ceai, pentru a pune în repaus tubul digestiv. Poțiunile antivomitive și sedative se vor administra numai la indicația medicului.

Să nu se uite că vărsăturile pot fi primul semn al unei îmbolnăviri acute grave: dispepsie gravă, insolație, șoc caloric (prin supraîncălzire a camerei), intoxicație, meningită etc.

259. **F a l s a d i a r e e.** Așa cum am amintit, mulți sugari alimentați la sîn prezintă în primele săptămîni scaune dese, moi sau lichide, verzi, cîteodată explozive. Aceste scaune apar de obicei la fiecare masă. Secundar, pielea din jurul anusului și organelor genitale devine iritată, predispusă la infecții. Dacă sugarul crește și are o stare generală bună, nu se va lua nici o măsură dietetică sau de tratament medicamentos. Se va cerceta dacă nu este vorba de o supraalimentație, prin supturi prea prelungite sau prea dese. Se va păstra o igienă riguroasă a pielii. Aplicațiile locale de pudre sau creme se vor face cu discernămînt, la indicația medicului. *Unguentele cu antibiotice sînt interzise.*

Alimentația naturală este primejduită în caz de tulburări digestive (diaree-boală), cînd prin dietele de tranziție (ceai, apă de orez, supă de morcovi) și realimentare cu unele preparate de lapte (Humana II) se întrerupe

alăptarea. În astfel de situații, sub îndrumarea sorei de ocrotire, se va evacua regulat laptele din sîn (prin muls), pentru a menține secreția lactată și se va relua cît mai repede alimentația la sîn. Din păcate, dietele instituite uneori pentru diarei ușoare sau chiar false diarei sînt la originea multor înțărcări precoce.

260. **B o a l a h e m o l i t i c ă a n o u - n ă s c u t u l u i.** Dacă nou-născutul prezintă o formă de boală hemolitică prin incompatibilitate Rh sau de grup sanguin, el poate fi alăptat de către mama sa, deoarece anticorpii care se găsesc — în cantitate mică — în lapte sînt distruși de sucurile digestive. Contraindicarea alăptării este eronată.

261. **U n e l e m a l f o r m a ț i i a l e g u r i i** (gura de lup și buza de iepure) sau encefalopatii grave fac imposibilă alăptarea. Mama este obligată să-și extragă laptele și să-l dea nou-născutului cu pipeta, cu sonda, cu lingurița sau — mai tîrziu — cu biberonul.

262. **U n i i n o u - n ă s c u ț i a d o r m c î n d s î n t p u ș i l a s î n** și constată că nu găsesc suficient lapte. Foamea îi trezește însă în momentul cînd sînt așezați în pat (mai puțin cald și mai puțin moale decît brațele mamei). Alții, mai înfometați, mai vioi, mai viguroși, vor reacționa cu vehemență dacă nu găsesc lapte suficient, ei țipă, se zbat, își sucesc capul în toate părțile, încearcă din nou sînul, se enervează și reîncep să urle. Dacă sugarul se enervează, încercați să-l puneți după cîteva minute la celălalt sîn, unde poate că laptele vine mai ușor; dacă adoarme, mama va mișca încet mamelonul în gura nou-născutului sau va bate ușor cu un deget obrazul sau nasul acestuia.

În nici un caz nou-născutul nu va fi menținut la sîn mai mult de 15 minute. Menținerea prelungită a sugarului la sîn îl face să-și formeze un reflex de somn la sîn și ori de cîte ori va fi pus să sugă, va adormi imediat.

Să nu uitați că este bine ca orice sugar să ajungă, de la început sau cu timpul, să sugă la intervale de 3—4 ore. Nu veți reuși niciodată acest lucru, dacă-l veți ține în brațe mai mult de o jumătate de oră la fiecare masă. Acestea nu vor fi ore de supt, ci vor deveni ore de somn pentru sugar. Pus în pat, el simte imediat, se trezește, plînge, îi înduioșează pe toți și trece altcineva la rînd să-l țină în brațe. Partida este pierdută și pentru sugar (care se va subnutri) și pentru familie (care își va distruge tot programul, devenind sclavul acestui mic tiran); cu timpul, toată familia (adulți și copii) va ajunge la o stare de nervozitate greu de depășit.

Este mai bine ca un astfel de sugar să fie lăsat să plîngă (pînă la 1—2 ore pe zi), fiind pus la sîn numai cînd este liniștit; nu va fi lăsat la sîn mai mult de 15—20 de minute. Un copil enervat și obosit de plîns nu va suge niciodată cum trebuie.

263. **C o n t r a i n d i c a ț i i l e a l i m e n t a ț i e i l a s î n** sînt unele boli grave ale mamei: tuberculoza, insuficiența cardiacă, ciroza, insuficiențele renale, anemiile grave, cancerele, encefalopatiile, psihozele grave etc.

În încheiere, insistăm cu afirmația că orice nou-născut își are felul său propriu de a primi și folosi sînul, că mama și nou-născutul trebuie să „învețe" ca acest act de importanță deosebită să se desfășoare convenabil pentru amîndoi. Mama este datoare să observe reacțiile sugarului și să știe că de echilibrul ei sufletesc depinde nu numai secreția lactată, ci și ușurința cu care vine laptele cînd nou-născutul este pus la sîn. La unele mame, laptele curge din mameloane între supturi, iar atunci cînd nou-născutul este pus la piept, acesta plînge cu disperare și trage fără să se golească sînul, deși mama are lapte suficient. Pe de altă parte, după cîteva săptămîni, unele mame observă că este suficient ca sugarul să plîngă de foame, pentru ca laptele să se scurgă singur din sîn. Grijile și nervozitatea micșorează secreția lactată.

Alăptarea decurge normal, dacă mama este echilibrată, răbdătoare și dacă toată familia este conștientă că mama-lăuză are absolută nevoie de o atmosferă senină de familie și de ajutor efectiv pentru evitarea suprasolicitării fizice și psihice.

Alimentația artificială

264. Prin **alimentație artificială** se înțelege hrănirea unui sugar cu laptele altei specii animale (vacă sau capră), la o vîrstă la care ar trebui să primească exclusiv lapte de mamă. În ultimii ani, mai ales la orașe, majoritatea sugarilor sînt hrăniți mixt sau artificial. În practică, la țară se folosește laptele de vacă (mai rar laptele de capră), proaspăt, iar la orașe se indică laptele praf.

Alimentația artificială cu lapte de vacă este încununată de succes, cînd se aplică bine regulile de bază ale alimentației artificiale și se respectă în permanență o igienă riguroasă la prepararea laptelui.

Laptele de vacă pulbere este primul aliment ce trebuie luat în considerație cînd este necesară înlocuirea laptelui de mamă.

265. **Laptele de vacă** este expus la murdărie sau la infectare înainte de a ajunge la sugar. Uneori, chiar într-un lapte foarte proaspăt, se găsesc impurități vizibile cu ochiul liber. Un astfel de lapte trebuie strecurat printr-o pîlnie prevăzută cu comprese sterile sau cu un strat de vată sterilă. Oricît de îngrijit ar fi fost recoltat și manipulat, laptele conține un mare număr de microbi. Acești microbi ajung în lapte încă din timpul mulsului și se înmulțesc extrem de repede în orele care urmează. Este vorba, îndeosebi, de germenii fermentației lactice care, atunci cînd sînt numeroși fac să se acrească laptele. Aceasta se întîmplă în special în timpul verii. Cu cît temperatura la care se păstrează laptele este mai ridicată și cu cît se întîrzie consumul, cu atît mai mare va fi numărul de germeni pe care îi va conține. De aceea, este foarte important ca laptele să se fiarbă imediat după ce a fost muls, să se păstreze la frigider și să se consume cît mai repede.

Alături de acești germeni (care nu sînt periculoși prin ei înșiși) în lapte poate să se găsească și o altă categorie de germeni, aceia care provoacă bolile. Cei mai frecvenți sînt microbii care provoacă diaree (bacilii tifoparatifici, bacili coli și bacilii dizenterici). *Laptele de vacă nu va fi dat niciodată nefiert sugarului.*

Un lapte bun pentru copii trebuie să provină de la vaci sănătoase și curate. Este necesar ca persoana care mulge vaca să fie sănătoasă, să nu prezinte infecții ale pielii. Înainte de muls, mîinile se spală pînă la coate cu apă caldă, săpun și perie, după care se șterg cu un prosop curat. De asemenea se îmbracă cu un halat curat. Ugerul vacii se spală cu apă și săpun, se limpezește și se tamponează cu o pînză curată, pentru a evita scurgerea lichidului de spălătură în lapte. Pentru recoltat se folosesc numai vase din metal inoxidabil sau emailate, cu capac. În gospodăriile individuale țărănești se pot folosi oalele de pămînt smălțuite. Vasele se păstrează în dulapuri închise, ferite de praf; înainte de folosire se opăresc. După întrebuințare se clătesc imediat cu un jet de apă rece, apoi se spală cu apă caldă și sodă sau detergenți, se clătesc bine și se pun la uscat cu gura în jos, în dulapuri pe suporturi speciale, curate.

Imediat după ce este muls, laptele se răcește brusc (se pune vasul într-o căldare cu apă rece). Este de preferat laptele amestecat (provenit de la mai multe vaci), deoarece compoziția sa este mai constantă. Laptele va fi ridicat seara și dimineața (imediat după muls) și va fi folosit în mod obligatoriu

în decurs de 12—24 de ore (laptele muls dimineața se folosește la mesele din timpul zilei, iar cel de seara la mesele de după ora 19).

În țara noastră laptele de vacă poate fi obținut sub diferite forme: direct de la producător sau de la „Centrul de lapte“, unde se vinde lapte pasteurizat.

266. **Fierberea laptelui.** Fie că este pasteurizat (provenit de la „Centrele de lapte“), fie că este proaspăt, laptele se fierbe imediat după ce a fost procurat. Fierberea se face în vase emailate[1]. Se va folosi totdeauna aceeași cratiță, avînd grijă a o clăti cu apă rece înainte de a pune laptele la fiert, pentru ca acesta să nu se lipească de fundul cratiței. În timp ce fierbe, laptele se amestecă cu o linguriță pentru ca să nu se formeze pojghiță la suprafață (laptele se „umflă“). Laptele trebuie fiert 10 minute. Se răcește apoi brusc. Fierberea omoară microbii patogeni (producători de boli) și microbii fermentației lactice.

Păstrarea laptelui în condițiile cele mai bune se face, firește, într-un frigider care funcționează bine; în lipsă, o pivniță rece este suficientă în anotimpul cald. În timpul verii, oala cu lapte se poate pune într-un vas mare plin cu apă rece, în care se lasă să se scurgă, cu un debit redus dar continuu, apa de la robinet.

Condiții bune de păstrare se pot obține printr-un frigider improvizat în felul următor: se iau două vase mari, de mărimi diferite, cel mai mic fiind pus în cel mai mare; spațiul care separă pereții este umplut cu un amestec de bucăți de gheață (la nevoie, apă rece) și de talaș de lemn. Totul se pune într-o lădiță, iar spațiul cuprins între vasul mare și pereții lădiței se umple cu pleavă sau cu fîn. În vasul mic din mijloc se pune vasul acoperit care conține laptele sau biberoanele pline. Vasul mare se acoperă cu un capac de lemn sau cu un strat gros de ziare, iar lădița se închide.

Laptele poate fi utilizat în cel mult 24 de ore de la fierbere; după depășirea acestui termen, el nu mai poate fi dat sugarului.

De îndată ce conținutul unui biberon a ajuns să aibă temperatura camerei sau este încălzit pentru a fi gata de băut, microbii care s-au introdus odată cu lichidul de diluție pot să se înmulțească foarte repede. De aceea este riscant să se dea sugarului un biberon consumat parțial, care a fost ținut mai multe ore în casă sau în căruciorul copilului.

Dacă sînteți obligați să țineți un biberon mai multe ore în afara frigiderului (cazul cînd un sugar, din motive de forță majoră — boală, schimbarea domiciliului etc. — este transportat la distanță), preparatul de lapte sau ceaiul se pun într-un termos curat; în lipsă, imediat ce se umple, biberonul se înfășoară cu 10 straturi de hîrtie de ziar, care este un bun izolant.

267. **Ce este o diluție?** Este un amestec de lapte de vacă (sau alt preparat de lapte) cu apă simplă sau apă de orez. La amestecul obținut se adaugă zahăr (5 g la 100 ml) și se fierb împreună.

Cum se prepară diluția de lapte în prima lună? Se prepară cantitatea pentru 6—12 ore. Așa cum s-a spus mai înainte, laptele de vacă se fierbe și se răcește imediat. Pentru a fi corespunzător vîrstei respective, el se diluează (1/2 lapte + 1/2 apă) și se îndulcește cu 3—5% zahăr. După vîrsta de 3 săptămîni, diluarea laptelui se face cu apă de orez, în concentrație de 1—2%, ulterior se poate crește concentrația pînă la 3%. La sugarii care nu cresc și au o toleranță digestivă bună se crește concentrația la 2/3 lapte + 1/3 apă.

268. **Păstrarea alimentului preparat.** Laptele se repartizează în porții, pe mese, în biberoane, se acoperă cu o pînză curată și se păstrează în frigider pînă la masa respectivă. Dacă nu aveți frigider încăpător,

[1] Se pot folosi vase de aluminiu, cu pereți dublu și cu dispozitiv care semnalizează începutul fierberii.

diluția de lapte se prepară pentru fiecare masă din lapte praf și se toarnă cantitatea necesară într-unul din biberoanele sterilizate în prealabil. Laptele dat la rece declanșează colici și chiar diaree. Laptele de vacă, fiert se păstrează la rece.

În timpul preparării alimentului și manipulării biberoanelor se va păstra o curățenie riguroasă. În prealabil, vă spălați bine pe mîini, folosiți numai obiecte sterilizate, nu atingeți gîtul biberoanelor, interiorul sitelor și pîlniei.

De preferat, se va folosi unul dintre preparatele de lapte praf care se găsesc în comerț („Lacto", „Lactosan", „Materna O", „Humana", „Robébi"). Alegerea va fi făcută de către medicul de dispensar și va fi adaptată fiecărui copil în parte, în funcție de alimentația din maternitate, de greutate, toleranță digestivă, gustul copilului și posibilitățile de aprovizionare ale familiei (vezi punctul 281).

Ca și la sugarul alimentat natural, apetitul și nevoile variază de la o masă la alta, așa că mama nu trebuie să fie îngrijorată cînd cantitățile acceptate de copil variază în cursul zilei. Sînt puțini sugari care primesc aceeași cantitate la toate mesele.

Cantitatea de lapte necesară (rația) în primele 8—10 zile se calculează după formula: numărul de zile — 1 × 70—80 ml pe zi (Finkelstein). La domiciliu preparatul de lapte, rația pe 24 de ore, numărul de mese va fi fixat de către medic. Orientativ nou-născutul sănătos, după prima săptămîna de viață va primi în 24 de ore, în 6—8 mese 160—180 ml de lapte pe kg corp. Aceasta este echivalent cu circa 1/5—1/6 din greutatea corporală a nou-născutului. Despre alegerea laptelui vezi punctul 281.

Vesela. Mod de folosire

269. Obiecte necesare în alimentația artificială. Pentru alimentația artificială a sugarului îngrijit în familie sînt necesare:

— *Biberoane.* Se cumpără de la început 10—15 biberoane. Se procură mai multe, deoarece se sparg destul de repede în timpul manipulării și fierberii. Zilnic se utilizează 6—10 biberoane: 5—6 pentru lapte, 1 pentru ceai, 1 pentru sucul de fructe, 1 pentru lichidul de diluție (vezi și punctul următor).

— *Tetina.* Este nevoie de 10—12 tetine. Cîteva tetine în plus sînt absolut necesare, căci o parte se distrug chiar de la perforare, iar altele devin temporar inutilizabile, cînd cad pe jos în timpul fixării pe biberon. Chiar de la început se vor perfora 3 tetine; pentru prima dată, această operație se va face în prezența și cu sprijinul sorei de ocrotire (vezi punctul 271).

— *1 vas emailat*, cu capacitatea de 3—4 l, în care se fierb și păstrează biberoanele și un altul de 1—2 litri pentru sterilizarea și păstrarea tetinelor și suzetelor,

— *2—3 vase emailate mai mici*, pentru păstrarea lingurițe, pregătirea diluției laptelui etc.,

— *2 perii pentru spălarea biberoanelor*,

— *1 pîlnie* pentru turnarea laptelui în biberoane,

— *1 sită deasă*,

— *1—3 lingurițe* (una cu coadă lungă pentru folosirea la amestec, iar altele mai mici pentru măsurarea zahărului și siropului),

— *1 măsură de 5 g* (se va cere de la sora de ocrotire, care le colectează de la cutiile cu lapte pulbere, folosite),

— *1 răzătoare de sticlă*,

— *1 cutie cu bucăți de tifon sterile*, cu care se acoperă vasele și obiectele sterile,

— *1 frigider* (de mare importanță!),

— *1 cuțit* pentru a nivela (rade) zahărul și praful de lapte,

— *1 recipient gradat* pentru măsurat anumite alimente,

— *1 termos* necesar pentru călătorii sau plimbări mai lungi,

— *1 mixer*,

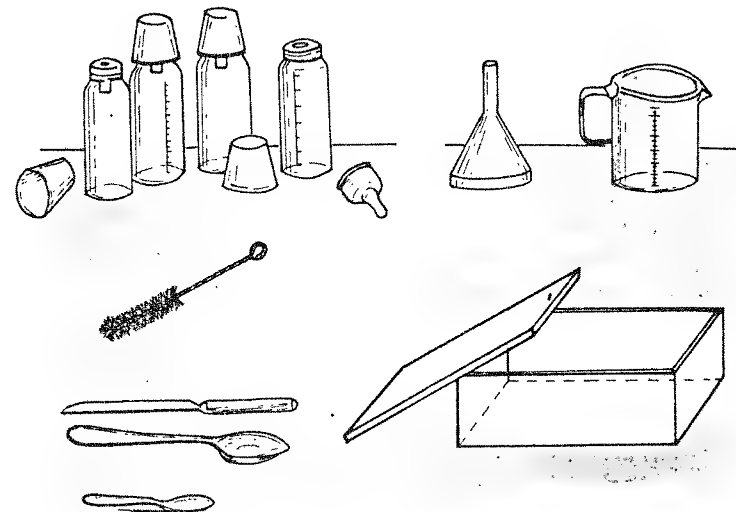


Fig. 67 — Cîteva obiecte necesare pentru alimentația sugarului: biberoane, tetine, capace pentru biberon, cuțit, linguriță, pîlnie, perie pentru sticle, recipient gradat, cutie din plastic cu capac.

— *2 cutii din plastic cu capac*, suficient de mari pentru a cuprinde comod jumătate din inventarul pentru „bucătăria" copilului,

— *1 tel* pentru amestecul piureului, untului sau uleiului,

— *1 lingură mică* (de lemn sau de plastic) cu coada lungă, pentru dizolvarea laptelui pulbere înainte de a-l pune la fiert,

— *1 pensă mare sau 1 „clește"* cu care se scot tetinele și biberoanele din vasul în care se păstrează sterilizate (fierte).

270. Biberonul este o sticluță de formă cilindrică, cu capacitate de 250 ml, fabricat din sticlă transparentă, care rezistă la fierbere. Biberoanele din sticlă de Jena sînt mai rezistente la schimbările brușe de temperatură, dar sînt mai scumpe. În ultimul timp au apărut noi tipuri de biberoane, dintr-o sticlă specială, cu gît mai larg și cu un dispozitiv special de înșurubare pentru fixarea unui capac sau a tetinei.

Pe peretele exterior al biberonului sînt gravate citeț linii care indică diviziunile de 10 ml, iar din 50 în 50 ml sînt gravate și cifrele corespunzătoare (fig. 68).

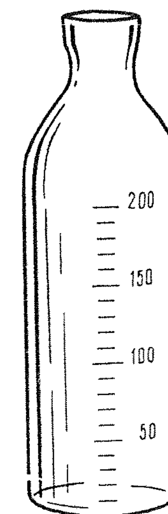


Fig. 68 — Biberon corect gradat.

Îngrijirea şi mînuirea corectă a biberonului şi tetinei constituie condiţii de bază pentru păstrarea igienei alimentaţiei şi evitarea îmbolnăvirii sugarului de diaree.

După fiecare masă, biberonul se clăteşte de mai multe ori cu apă rece, pentru a se înlătura toate resturile de lapte rămase lipite pe pereţii lui. Dacă biberoanele nu se clătesc imediat, resturile de lapte se îndepărtează foarte greu. Nu este permis să se lase biberonul plin cu apă, pentru a fi clătit ulterior, întrucît eventualele bacterii aflate în apă se înmulţesc repede. Mai tîrziu, cînd va avea timp, mama va spăla biberonul cu apă caldă şi săpun, cu ajutorul unei perii speciale, insistînd în special la regiunea de sub gît şi la şanţul circular care separă fundul de pereţii laterali, unde pot rămîne grunji de lapte (fig. 69).

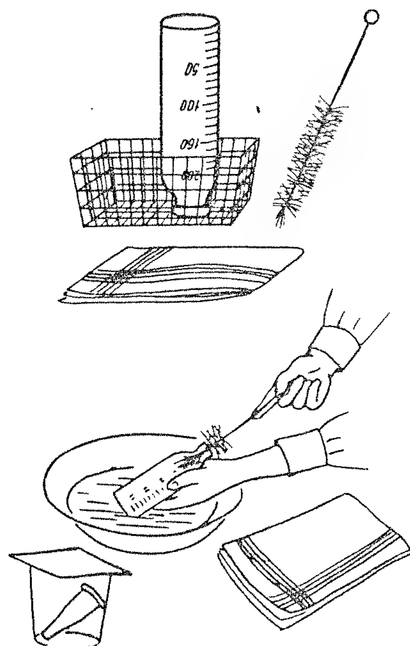


Fig. 69 — Spălarea biberonului.

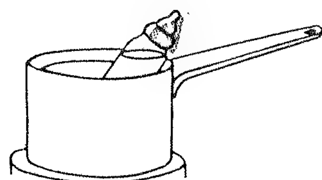


Fig. 70 — Încălzirea biberonului.

Apoi îl va clăti de mai multe ori cu apă fierbinte şi îl va pune cu gura în jos, la uscat, pe un prosop curat sau pe un portsticlă (rastel) special.

Încălzirea biberonului. Dacă alimentaţia s-a pregătit pentru mai multe mese, biberonul va fi încălzit pînă la 37°C (temperatura corpului) înainte de administrare. După ce se agită bine, pentru omogenizarea conţinutului, biberonul se poate încălzi:

— fie într-o baie de apă (fig. 70),

— fie pe soba sau caloriferul bine încălzit.

Nu se va încerca încălzirea biberonului la flacăra aragazului (pericol de accident) şi nici nu se va introduce biberonul rece, scos de la frigider, într-o cală cu apă clocotită (se sparge biberonul).

Preparatele acide nu se vor încălzi brusc sau la temperatură **ridicată**, deoarece în aceste cazuri ele se coagulează în cheaguri mari („se brînzesc").

Pentru a evita producerea de arsuri involuntare ale gurii sugarului cu un aliment prea cald, se controlează temperatura conţinutului biberonului înaintea fiecărei mese. În acest scop, se pune o picătură de lapte fie pe plica cotului, fie pe faţa dorsală a mîinii, fie se atinge biberonul de pielea fină a pleoapei.

Este interzis mamei să ia tetina în gură pentru a verifica temperatura conţinutului biberonului!

271. Tetina este confecţionată din cauciuc, din material plastic sau din silicon. Tetinele din silicon sînt mai scumpe, dar rezistă mai bine la sterilizare[1]. Sînt necesare în permanenţă 10—12 tetine, deoarece se degradează destul de uşor (prin spălare, fierbere sau chiar de la perforare). Se folosesc modele care se pot întoarce, ca un deget de mănuşă, pentru a fi curăţate (fig. 71). Se aleg mărimile care se aplică perfect la gîtul biberonului respectiv; cele mai largi riscă să se detaşeze uşor, să permită scurgerea laptelui sau pătrunderea aerului în biberon. Tetinele noi de cauciuc se freacă cu sare şi se fierb învelite în tifon, pentru ca să le dispară mirosul.

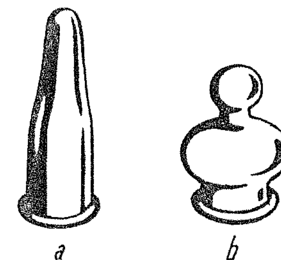


Fig. 71 — Două modele de tetine.

La fiecare tetină se face un orificiu, puţin lateral faţă de vîrful tetinei, cu un ac de cusut fixat într-un dop de plută şi apoi înroşit la o flacără (fig. 72). Dimensiunile orificiului sînt potrivite atunci cînd, răsturnînd cu gura în jos biberonul încărcat, cu tetina adaptată, laptele se scurge cîteva secunde în jet foarte subţire şi apoi curge picătură cu picătură. Dacă laptele continuă să curgă în jet, înseamnă

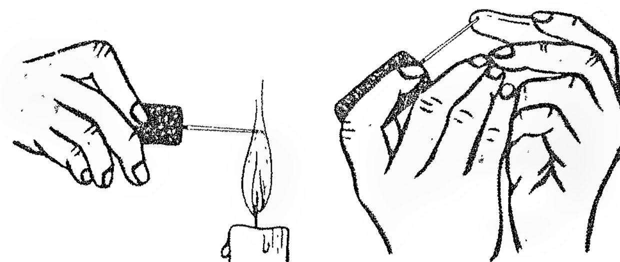


Fig. 72 — Perforarea tetinei cu ajutorul unui ac înroşit la flacără.

că orificiul este prea larg; dacă după prima perforare orificiul este strîmt şi nu lasă să se scurgă laptele în mod convenabil, se înroşeşte din nou acul şi se lărgeşte orificiul cu prudenţă. Nu se foloseşte niciodată un ac prea gros. Pe sugarii prea mici, fără putere, tetinele noi îi stînjenesc la supt şi de

[1] Sub numele generic de silicon, se înţelege un grup de substanţe analoge cu corpii organici în care siliciul înlocuieşte carbonul.

aceea este bine ca să se facă un orificiu suplimentar. Dacă orificiul rezultat este prea larg, nu rămîne decît să se arunce tetina respectivă; cel mult, se poate folosi după cîteva luni la administrarea făinosului cu lapte (zeamil cu lapte) sau a supei pasate.

După utilizare, tetina se spală imediat sub jet de apă, mai întîi rece, apoi — dacă este posibil — caldă, se întoarce ca un deget de mănuşă şi se freacă cu o perie, pînă se înlătură şi cele mai mici cheaguri de lapte. Se clăteşte bine, se scutură pentru a se scurge toată apa, se zvîntă, apoi se aşază într-un vas de sticlă acoperit, ferit de praf, pînă se sterilizează (aşa cum se indică la punctul următor).

272. Sterilizarea. Vesela poate fi sterilizată prin fierbere timp de 20 minute (după ce începe să clocotească), sau, mai simplu, prin metode chimice. În funcţie de substanţa folosită sînt necesare în medie 2 ore pentru a steriliza vesela curată. Toate obiectele trebuie să fie în întregime acoperite cu lichid. Biberonul care pluteşte nu se sterilizează. Vesela poate sta pînă la 24 de ore în lichidul de sterilizare (apă fiartă). Obiectele se scot din vasul steril cu o pensă sau un „cleşte" special (nu cu mîna!).

a) Dimineaţa. Toate biberoanele folosite în timpul nopţii se spală cu apă fierbinte sau detergent sau, mai bine, cu săpun dizolvat („fulgi de săpun"), se clătesc de mai multe ori şi se fierb. După scurgerea timpului prevăzut pentru sterilizare se lasă în apa de fierbere; înainte de folosire se scurg şi se zvîntă rapid. Nu se vor mai clăti cu apă.

Tetinele spălate şi păstrate cum s-a arătat mai înainte se întorc una cîte una ca un deget de mănuşe şi dacă au mai rămas resturi de alimente, se freacă cu sare şi se limpezesc cu apă multă. Apoi se fierb timp de 20 de minute într-un vas special rezervat acestui scop în care se şi lasă (acoperite cu un capac); de aici se ia pentru fiecare masă cîte o tetină sterilă. Fierberea zilnică duce la degradarea treptată a tetinelor, cu lărgirea orificiilor. Pentru a le cruţa, se pun la fiert într-o bucată de pînză. Şi mai eficientă, în vederea creşterii durabilităţii, este metoda de a opări tetina în vapori fierbinţi, timp de 25 minute; tetinele sînt puse într-o strecurătoare sau într-un vas cu un suport perforat şi situat la treimea inferioară a vasului acoperit şi în care apa clocoteşte (ca la oala sub presiune).



Fig. 73 — Adaptarea tetinei la biberon.

Este interzisă păstrarea tetinelor în soluţia de acid boric.

Tetina nu se apucă de partea care se introduce în gura sugarului (fig. 73). Tetina care a căzut jos nu va mai fi folosită decît după ce a fost fiartă în prealabil. Lichidul în care se fierb şi se păstrează tetinele se schimbă în fiecare dimineaţă cu apă proaspătă. În timpul zilei, mama va avea grijă ca tetinele să fie acoperite de lichid.

Vasele în care sînt fierte biberoanele şi/sau tetinele vor fi ţinute curate, se vor spăla odată pe zi cu apă caldă, soluţie de detergenţi şi peria de vase (sîrmă sau peri aspri) şi se limpezesc înainte de a introduce din nou apă curată pentru fierbere şi păstrare. În recipientul cu tetine se pot steriliza în acelaşi timp susetele, inelele „de muşcat" şi jucăriile sunătoare din plastic. **Pînă seara totul este steril.**

După folosire se procedează aşa cum s-a arătat la punctul 270.

b) Biberoanele şi tetinele necesare **pentru noapte** şi primele mese din a doua zi se sterilizează şi se păstrează tot în condiţiile indicate mai sus.

Celelalte ustensile necesare în alimentaţia artificială se spală, după utilizare, în jet de apă şi se opăresc înainte de folosire. O dată în 24 de ore se spală cu soluţie de săpun, limpezindu-se bine după aceea cu apă caldă. Vesela copilului se depozitează în dulapul de veselă, într-un loc anume destinat, la îndemînă, pentru ca mama să nu piardă vremea căutînd-o; nu se va amesteca cu vesela restului familiei.

Este deosebit de important ca atunci cînd mama curăţă sau foloseşte aceste ustensile să aibă mîinile spălate în prealabil şi să poarte un şorţ curat.

273. Obiecte de măsurat şi cîntărit. Pentru pregătirea diferitelor preparate dietetice este necesară măsurarea şi, uneori, cîntărirea alimentelor. În lipsa unor vase de măsurat lichidele, se va folosi un biberon. Alimentele consistente se măsoară cu cîntarul; în lipsa acestuia, sora de ocrotire va îndruma pe mamă să folosească anumite măsuri sau cutii a căror capacitate se cunoaşte (cupe sau cutii de la produsele dietetice; flacoane sau cutii de medicamente; pahare; borcane).

Măsurarea cu lingura sau cu o cană nu este niciodată precisă; se va adopta, la nevoie, numai ca o soluţie de compromis. Pentru orientare aproximativă se pot folosi, la nevoie, următoarele unităţi de măsură:

1 linguriţă de ceai	= aproximativ	5 ml
1 lingură mare (supă)	= aproximativ	15 ml
1 pahar de vin	= aproximativ	90—80 ml
1 lingură mijlocie	= aproximativ	10 ml
1 ceaşcă de cafea	= aproximativ	100 ml
1 farfurie de supă	= aproximativ	200 ml

În medie, o lingură mare (de supă) rasă conţine:

10 g făină de grîu	10 g mălai
10 g fulgi de ovăz	10 g pesmeţi pisaţi
10 g griş	15 g făină de orez
20 g boabe de orez	20 g zahăr

Consideraţii generale asupra alimentaţiei artificiale

Eforturile pediatrilor dintotdeauna au tins să realizeze prin alimentaţia artificială creşterea şi dezvoltarea sugarului la fel de bună ca şi cu laptele de mamă.

În preparatele de lapte produse industrial sînt concretizate în mare măsură strădaniile şi experienţa pediatrilor. Pe lîngă acestea, preparatele industriale sînt de bună calitate, au compoziţie constantă şi pot fi procurate în cantităţi mari (rezerve).

> *Dacă nu pot fi alimentaţi la sîn, pentru nou-născuţi şi sugarii pînă la 6 luni se recomandă preparate industriale de lapte.*

Nemodificat, laptele de vacă prezintă mari deosebiri faţă de laptele uman. Cantitativ are trei dezavantaje mari: proteinele (cazeină şi albuminele din lactoser) şi sărurile minerale sînt în cantitate prea mare (de 3,5 ori), iar hidrocarbonatele (lactoza) în cantitate prea mică.

De asemenea sînt mari deosebiri în ce priveşte structura, proprietăţile şi calităţile biologice ale acestor principii nutritive de bază (proteine, grăsimi şi hidrocarbonate) precum şi în proporţia dintre diferite minerale.

Folosirea laptelui de vacă sau de capră (nemodificat) sau a unor produse industriale de lapte integral ar duce la suprasolicitarea organismului (diges-

tie, metabolism, excreție) nou-născutului și sugarului mic, cu riscul unor tulburări grave.

Avînd în vedere aceste deosebiri și neajunsuri, pediatrii au preconizat de-a lungul timpului diferite modificări pentru realizarea unor preparate în care laptele de vacă să se apropie de laptele uman. Amintim cîteva din modificările ce s-au impus pentru a transforma laptele de vacă în vederea adaptării la posibilitățile și nevoile nou-născutului și sugarului mic.

274. **D i l u ț i a.** Diluarea este prima tentativă de corectare a laptelui de vacă sau de capră la nevoile sugarului mic. Prin această metodă simplă se scade cantitatea de proteine și de săruri minerale, ceea ce ușurează sarcinile organismului nou-născutului atunci cînd este alimentat cu lapte de vacă (v. și punctele 267, 376).

275. **„Z a h a r a r e a".** Prin diluare se reduc și mai mult hidrocarbonatele (48 g/l în laptele de vacă față de 68 g/l în laptele uman), ceea ce duce la obținerea unui preparat dezechilibrat, cu o cantitate prea mică de hidrocarbonate (care sînt sursa de energie cea mai importantă și cea mai ușor de utilizat de către organism). De aceea s-a impus corectarea acestui neajuns prin adaos de zahăr sau glucoză („primul hidrocarbonat") și de amidonuri (orez, zeamil etc., denumite convențional „cel de-al doilea hidrocarbonat").

Pentru această suplimentare în hidrocarbonate a laptelui de vacă, în dietetica tradițională clasică s-a impus și a rămas *zahararea.* Într-adevăr zahărul s-a dovedit ca fiind cel mai bine tolerat dintre hidrocarbonate, ușor de mînuit și mai ales cel mai ieftin.

276. **A d a o s u l c e l u i d e-a l d o i l e a h i d r o c a r b o n a t** s-a făcut pentru ca unele componente ale laptelui de vacă să fie mai ușor de digerat. Acest adaos s-a făcut prin *orez* (combate tendința la diaree), ***făină de porumb*** (cel mai potrivit pentru nevoile nutritive ale sugarului fiind lipsit de gliadină, dar ușor laxativ), *făină rumenită* (care aduce pe lîngă amidon și componentele rezultate prin coacere).

În preparatele moderne (adaptate) s-a renunțat la adaosul de zahăr și amidonuri, singurul hidrocarbonat admis fiind lactoza (vezi punctul 278).

> *Pentru a fi folosit fără riscuri, la nou-născut și sugar, laptele de vacă se diluează și se zaharează după sfatul medicului*

277. **A c i d i f i e r e a** (acid lactic, acid citric etc.) avea ca scop modificarea cazeinei și emulsionarea lipidelor. Preparatele acidifiate se folosesc rar în prezent.

277 bis. **D e g r e s a r e a** s-a folosit, socotindu-se că grăsimile din laptele de vacă sînt vătămătoare.

278. **P r e p a r a t e i n d u s t r i a l e.** Odată cu progresele tehnice realizate în industria alimentară (respectiv, în industria laptelui) s-a ajuns să se renunțe tot mai mult la procedeele casnice de a „îmbunătăți" laptele de vacă.

Preparatele („formulele") industriale sînt nenumărate, astfel încît astăzi se prepară în lume mai multe sute de produse, toate pornind de la laptele de vacă, din ce în ce mai complexe — pe măsura achiziționării de noi cunoștințe în materie de nutriție.

a) Prima formulă a fost *laptele condensat.* Azi se recomandă foarte rar la sugar; rămîne însă o conservă de lapte foarte bună pentru copilul mare și adult, mai ales în cursul călătoriilor.

b) Un progres mare l-a constituit producerea de *lapte în pulbere* („praf"). Acesta se prepară din laptele de vacă, integral, acidifiat sau nu, cu sau fără adaosuri de hidrocar-

bonate (zahăr, glucoză, amidonuri, dextrin-maltoză, lactoză etc.), vitamine și unele minerale (fier).

c) Alte preparate de lapte, bazate pe laptele de vacă parțial degresat și pulverizat, la care se adaugă uleiuri vegetale și hidrocarbonate.

Unii nutriționiști numesc aceste produse formule sau preparate clasice.

d) În ultimul timp au fost produse preparate industriale de lapte care tind să se asemene tot mai mult cu laptele uman sub raportul compoziției chimice. Acestea sînt preparate de lapte numite la început maternizate (denumire incorectă, cu scopuri propagandistice, care a dus la confuzii și efecte grave, mamele socotind că acestea pot înlocui laptele de femeie, fără vreun inconvenient), iar mai recent — adaptate și parțial adaptate. O comisie internațională din cadrul Organizației Mondiale a Sănătății a stabilit și standardizat compoziția preparatelor parțial-adaptate și adaptate, socotite în prezent ca singurele preparate de lapte ce ar suplini laptele de mamă în primele luni de viață ale ființei umane.

Cum se realizează? Se pornește de la laptele de vacă degresat cu zer demineralizat și care este suplimentat sau sărăcit în diferite substanțe nutritive pentru a fi aduse la un nivel cantitativ și calitativ cît mai apropiat de laptele uman: **a)** proteine scăzute cantitativ și „corectate" calitativ; **b)** lipide egale cantitativ, dar mult corectate calitativ; **c)** hidrocarbonate în cantitate mai mare decît în laptele de vacă și numai sub formă de lactoză; **d)** sărurile minerale mult scăzute.

279. **S u p e r i o r i t a t e a p r e p a r a t e l o r a d a p t a t e** față de alte produse industriale și mai ales față de laptele de vacă proaspăt este netă. S-a dovedit că folosirea laptelui de vacă procurat fie de la producători, fie de la „Centrele de lapte" implică mult mai multe riscuri decît preparatele industriale de lapte. Prin diferitele procedee industriale, pe lîngă sterilitatea garantată și compoziție constantă, laptele praf capătă o serie de însușiri care îi conferă o superioritate netă față de laptele de vacă. Dintre preparatele de lapte praf sînt de preferat cele adaptate (de exemplu Humana, Similac). Acestea sînt mai puțin consistente (mai „apătoase") și de aceea unele mame cred că sugarul nu se satură și le cresc consistența prin mucilagiu sau fiertură de făină (orez, zeamil, făină rumenită). *Acest procedeu este total contraindicat, deoarece „strică" compoziția preparatului de lapte. În caz de mare dubiu, se va cere sfatul medicului!*

280. **A d a p t a r e a i n d i v i d u a l ă.** Ca linie generală de conduită, pe lîngă criteriile clasice, de vîrstă și greutate trebuie să se țină seama de:

— *apetitul și preferințele sugarului;*

— *posibilitățile de aprovizionare ale familiei* (venit, sezon, mediu rural sau urban etc.);

— *gradul de instrucție al părinților;*

— *gradul de civilizație și de igienă* (spațiu locativ, curățenia în casă, frigider, obiecte de preparare a alimentelor pentru sugar, obiceiuri culinare).

Nu există un regim standard, valabil pentru toți copiii de aceeași vîrstă sau de aceeași greutate. Nici chiar apetitul și greutatea nu sînt constante obligatorii. Aceasta nu înseamnă însă că normele de dietetică a sugarului, rezultate dintr-o experiență îndelungată să fie substituite cu fantezia. Dimpotrivă, rația medie alimentară fixată de medicul sugarului constituie singura cale de urmat!

Alimentația se fixează în funcție de reacțiile individuale și de starea de sănătate a sugarului.

Dialog între mamă și cadrele medicale. Mama trebuie să-și însușească o tehnică perfectă în pregătirea și administrarea alimentelor sugarilor, cu respectarea riguroasă a regulilor de igienă.

Este absolut necesar un dialog permanent în care medicul să aibă timp să „asculte pe copil" prin reacțiile descrise de mamă. Medicul ajutat de sora de ocrotire trebuie să discute îndelung cu mama și s-o facă să priceapă, pe

înțelesul ei, cum trebuie să procedeze. Pe lîngă tehnica obișnuită mama este datoare să știe să-și observe copilul și să nu aplice totul orbește, ci în funcție de nevoile personale ale copilului ei.

281. Alegerea unui preparat de lapte pentru nou-născut. În cazurile foarte rare, în care alimentația naturală este contraindicată și atunci cînd medicul nu a putut să convingă pe mamă să alăpteze, trebuie să punem la dispoziția nou-născutului un lapte care să fie cît mai apropiat de laptele uman. Practic, ani de-a rîndul, pentru a realiza aceste deziderate, s-a folosit laptele de vacă diluat și îndulcit. Prin acest procedeu se realiza un preparat de lapte mai ușor de digerat decît laptele integral, dar dezechilibrat calitativ, ceea ce implica riscuri mari, cu urmări nefaste la unii nou-născuți.

a) Preparatul romînesc *Lacto* în concentrație de 10 g pulbere de lapte și o linguriță rasă de zahăr (5 g) la 100 ml de apă (se fierb împreună, după ce pulberea de lapte a fost resuspendată într-o cantitate mai mică de apă călduță pentru a nu face cocoloașe) este bine tolerat de cei mai mulți nou-născuți.

b) *Lactosan*-ul, folosit în concentrație de 9 g (2 măsuri de 4,5 g de pulbere de lapte cu 5 g de zahăr la 100 ml de apă, fierte împreună), realizează un preparat mai complet, datorită conținutului mai mare de grăsimi (peste 26%).

Toate aceste preparate (lapte de vacă 1/2 sau 2/3 + 5 g zahăr, Lacto 10% cu 5% zahăr și Lactosan 9% cu 5% zahăr) au o valoare calorică mare, iar cantitatea de lichide nu trebuie să depășească 500—700 ml în 24 ore. După vîrsta de 3 săptămîni, la oricare din preparatele de mai sus se poate face diluția cu apă de orez 1—2%.

c) *Utilizarea de preparate speciale pentru nou-născut* (Humana 0) sau *adaptate* (Humana 1 sau Similac) este soluția recomandată în ultimul timp. Conținutul redus în proteine și în săruri minerale, precum și adaosul de lactoză îl apropie mult de laptele uman. *Nu sînt necesare adaosurile (zahăr, glucoză, sau făinuri).* Se întîmplă ca, la început, în alimentația cu aceste produse ușor digerabile să fie necesare cantități mai mari și mese mai dese decît cu alte preparate.

Semnalăm, de asemenea, că la alimentația cu produsele de lapte adaptat (Humana, Similac) scaunele sînt mai moi și mai dese, din cauza conținutului bogat în lactoză, singurul hidrocarbonat autorizat în aceste preparate noi.

d) *Utilizarea preparatelor acide de lapte. Eledon*-ul este un produs de lapte degresat parțial, acidifiat prin fermentație naturală, care se prepară cu 10 g pulbere în 100 ml de apă fiartă cu 5 g zahăr sau glucoză, iar din a 3-a săptămînă de viață în apă de orez 2% cu 5% zahăr. Degresarea și acidifierea îi cresc toleranța digestivă (cazeina formează cheaguri fine), scaunele sînt mai bine legate, creșterea ponderală este mai promptă. Are dazavantajul că, prin conținutul mare de săruri minerale și proteine, se ajunge — în unele cazuri — la suprasolicitarea funcției renale și la retenția de apă.

Preparatul *babeurre*, menționat în toate manualele noastre ca aliment dietetic cu indicații în perioada de nou-născut (la termen sau prematur) este foarte greu de realizat acasă, privind constanța gradului de acidifiere și degresare. Chiar în spitale, cu surori dieteticiene experimentate, prepararea *babeurre*-ului nu reușește totdeauna. Păstrarea implică unele riscuri.

282. Numărul de mese în prima săptămînă este de 6—8 mese în 24 ore, iar după aceea pînă la 1 lună de 5—7 mese în 24 de ore.

Se observă că formula de calcul a cantității de lichide, cît și numărul de mese variază în limite foarte largi, lăsînd pe nou-născut să-și stabilească, la

început, rația de lapte și numărul de mese. Mai înainte se fixa ca rație standard 150 ml/kg și pe zi pentru acoperirea nevoilor medii. S-a dovedit că o mare parte din nou-născuți se satură cu circa 160—200 ml/kg în 24 ore (H. Ewerbeck și E. Schmidt). (Vezi și punctele 243, 244).

Alții — este adevărat, mai puțini — se satură și cresc în greutate cu rații mult mai mici, de circa 100—120 ml/kg corp și pe zi.

În general se recomandă ca prima masă să se dea în momentul cînd se trezește nou-născutul, apoi din 3 în 3 ore, fără să se impună o punctualitate absolută. Se admit devieri de 10—15 minute înainte sau după ora fixată. Este important ca nou-născutul să nu plîngă mult și să nu obosească în așteptarea orei de masă, dar nici să se încerce trezirea lui dintr-un somn adînc pentru a fi hrănit. Atît sugarul agitat cît și cel somnolent nu „trag" bine din biberon. Trebuie subliniat însă că în alimentația artificială, spre deosebire de cea naturală, este bine ca orarul meselor să fie cît mai regulat (6; 9; 12; 15; 18; 21; 24 sau 5,30; 8,30; 11,30; 14,30; 17,30; 20,30; 23,30). În timpul nopții se lasă o pauză de 6 ore în care, dacă nou-născutul se trezește, se poate da ceai (nu prea dulce!) cu glucoză sau cu zahăr 4%. Ceaiul poate fi de mușețel, de chimen sau de anason, îndulcit cu 2 lingurițe rase de zahăr la 250 ml.

283. Foamea și rația de lapte la nou-născutul alimentat artificial. Ca și la nou-născutul alimentat natural, *foamea* și nevoile nutritive variază de la o masă la alta. *Dacă sugarul este alimentat cu preparate adaptate, orarul nu mai este atît de rigid;* sînt medici care susțin să i se dea biberonul ori de cîte ori cere, iar cantitatea primită va fi în funcție de foame. Pornind din primele săptămîni cu acest sistem, mama nu va trebui să-și mai pună problema dacă este necesar să-i facă un program. Sugarul își fixează singur ritmul meselor.

Înainte de naștere necesarul nutritiv este asigurat continuu pe calea placentei. După naștere, acest necesar trebuie acoperit pe calea aparatului digestiv. Stomacul este plin după un prînz, apoi se golește treptat. Pînă se obișnuiește cu acest „proces", nou-născutul va cere de mîncare des și la ore foarte neregulate. Dacă plînge după un prînz de 80—85 ml, mama se va întreba dacă e posibil să-i fie din nou foame. Răspunsul este că sugarul simte nevoia să-și completeze cantitatea de lapte, chiar dacă este imposibil ca stomacul să-și fi evacuat deja conținutul.

Oferindu-i lapte, de cîte ori cere, el va suge numai atît cît îi trebuie. Dacă suge mult, se poate deduce că atît a avut nevoie. Dacă suge puțin — numai o parte din biberon — și adoarme, se scoate tetina din gură și este lăsat să dea aerul afară („să eructeze"). Probabil se va trezi și va continua suptul. Dacă nou-născutul continuă să doarmă, probabil că este sătul. Chiar dacă nu suge nimic, atîta pagubă! O porție de lapte compromisă!

Satisfăcînd aceste cerințe ale nou-născutului, aparent capricioase, se va realiza o reglementare în decurs de cîteva săptămîni.

Normal, digestia gastrică și evacuarea stomacului, după o masă integrală, are loc după 3—4 ore. Adevăratul semnal de foame apare cînd digestia și evacuarea laptelui din stomac sînt aproape terminate. Cînd acest proces s-a stabilizat și sugarul s-a obișnuit cu senzația adevărată de foame, nu va simți și nu va manifesta vreo neplăcere decît în momentul cînd evacuarea stomacului s-a terminat. În marea lor majoritate (unii de la început, iar alții după cîteva zile sau săptămîni), sugarii normali și cu o mamă echilibrată psihic încep să ceară mîncare cu o regularitate ce se suprapune schemei clasice, odinioară impusă sugarului de la naștere.

Dacă nou-născutul se declară mulțumit după masă, doarme 3—4 ore, pînă la urmatorul supt (sau biberon), și pare să fie într-o stare de sănătate

bună, alimentația este corespunzătoare. Dacă în mod constant plînge, este nemulțumit după masă, se trezește după 2 ore, iar creșterea săptămînală este sub 150—170 g rația de lapte este insuficientă. Întrucît toate aceste semne pot avea și alte cauze decît hrănirea insuficientă, trebuie consultat medicul înainte de a se crește rația.

Laptele neconsumat de sugar nu se va da la masa următoare, ci va fi consumat în gospodărie.

284. **Alimentația artificială reprezintă o formă corespunzătoare de hrănire a nou-născutului și sugarului**, dacă se respectă regulile de igienă, dacă produsul lactat este de bună calitate și corect preparat. Un sugar alimentat corect cu un preparat de lapte de vacă poate fi la fel de sănătos și de mulțumit ca un sugar alăptat. Așa cum s-a mai spus, însă, în laptele matern există o serie de substanțe de protecție, care lipsesc în alimentația artificială. Prin alimentația cu biberonul nu se stabilește un contact atît de strîns între mamă și sugar ca prin alăptare la sîn. S-a constatat că, mai tîrziu, copiii care nu au fost alăptați sînt mai puțin legați de mamă și în familiile respective apar mai des situații conflictuale între părinți și copii.

În concluzie majoritatea autorilor moderni sînt de acord pentru un orar al supturilor mai puțin rigid atît în alimentația artificială, cît și în cea naturală (mai ales).

Avînd în vedere că în toate maternitățile se aplică aceeași schemă de alimentație, se va încerca să se continue cîtva timp, alimentul și orarul cu care nou-născutul a fost obișnuit în primele zile de viață. În decurs de cîteva zile cei mai mulți nou-născuți alimentați natural manifestă tendința de a-și fixa singuri numărul de mese (5—8 mese).

Prematurii, subponderalii, copiii cu malformații și nou-născuții problemă, care prezintă dificultăți la alimentație, vor primi biberonul la intervale mici, de 8—10 ori în 24 de ore.

Vitamine

Vitaminele necesare în perioada de nou-născut sînt: A, C, D, E și vitaminele din grupul B.

285. **Vitamina A** se găsește în cantitate suficientă în laptele de mamă, cît și în cel de vacă, așa că această vitamină nu trebuie să se mai administreze suplimentar.

În preparatele de lapte adaptat, normele internaționale prevăd un adaos de vitamina A. Dacă este hrănit cu lapte de vacă modificat prin procedee casnice nu se produc carențe manifeste la nou-născut, deoarece în laptele de vacă se găsește în mod obișnuit o cantitate de vitamină A foarte aproape de necesitățile nutriționale ale sugarului.

286. **Vitamina C.** Dacă nou-născutul este alăptat și dacă mama primește un meniu variat (carne, mere, fructe de pădure, struguri, piersici, vișine, etc., zarzavaturi: morcovi, tomate, varză crudă etc.) nu este necesar un adaos de vitamină C. Unele produse de lapte praf au printre adaosuri și vitamina C. În caz contrar se poate da zilnic 1/2 fiolă de vitamină C (fiola de 2 ml conține 200 mg de vitamină C, iar nou-născutul are nevoie de 60 mg). În prima lună de viață nu se introduc sucuri de fructe.

287. **Vitaminele din grupul B** se găsesc în cantitate suficientă în laptele de mamă, în cel de vacă și în laptele praf. Dacă se adaugă la biberonul cu lapte, fac ca — prin gustul și mirosul lor — sugarul să refuze alimentația. Nu mai vorbim de greșeala și mai mare ce se face de a se administra sub formă de injecții.

288. **Vitamina D.** Nevoile de vitamină D sînt variabile (individual): mai mari la prematuri și la sugarii care progresează cu mai mult de 750 g pe lună. Aceste nevoi se situează între 400 și 1 000 unități vitamină D pe zi. Prevenirea rahitismului se va face numai sub control medical. Modul de administrare și dozele vor fi fixate de medic.

După ultimele cercetări, sugarul are nevoie de vitamina D încă din prima săptămînă de viață. Vitamina D poate fi administrată în două moduri: în doze mici zilnic (picături sau tablete) și în doze de șoc (200 000 u.i.) sub formă injectabilă, care acoperă nevoile pentru un timp mai îndelungat. Medicul hotărăște asupra modului de administrare.

Administrarea zilnică este mai eficace, corespunzînd fiziologiei organismului sugarului, dar nu se poate aplica decît dacă mama este foarte conștiincioasă, disciplinată, avînd în vedere că vitamina D trebuie administrată zilnic și în doză foarte precisă.

Dacă într-o zi, din diferite motive, mama nu a dat vitamina D, nu va administra o doză dublă a doua zi, ci numai doza pe o zi. Dacă aportul de vitamină D se întrerupe o zi, nu se întîmplă nimic rău; rărirea sistematică a ritmului de administrare, contrar indicațiilor medicale, reprezintă însă un risc. Bolile date de carențe vitaminice devin manifeste după cîteva săptămîni. Dacă s-a administrat doza de șoc în maternitate sub formă injectabilă (200.000 u.i.) nu se mai administrează deloc vitamina D în cursul primei luni de viață.

Dacă în prima lună nu se administrează vitamină D nici sub formă de injecție, nici sub formă de picături, vor apărea semne de rahitism, mai manifeste la sugarul alimentat artificial, din a treia lună de viață.

Igiena nou-născutului

289. **Ombilicul (buricul).** Îngrijirile nou-născutului nu se deosebesc esențial de cele pe care le primește sugarul mai mare. Diferențele provin numai din existența restului cordonului și a plăgii ombilicale, care impun ca regulile de curățenie și de prevenire a infecțiilor să fie respectate într-o măsură și mai mare decît pentru sugar.

Ceea ce rămîne din cordonul ombilical (bontul ombilical) se usucă puțin cîte puțin după naștere. Devenit brun-negricios și dur ca un zgîrci, acest rest cade după 5—8 zile; adesea, acest interval de timp este mai lung, în special cînd cordonul a fost tăiat mai aproape de piele. Mica plagă ombilicală care persistă după căderea bontului se retractă, formînd un fel de pîlnie mică, și dispare în cuta ombilicului. Normal, plaga ombilicală se închide între a 10-a și a 14-a zi după naștere, uneori mai tîrziu.

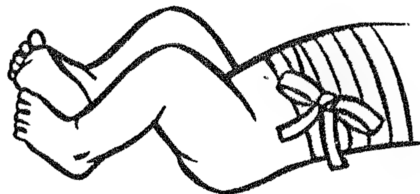
Plaga ombilicală poate fi o poartă de intrare pentru microbi periculoși. Orice sîngerare, roșeață sau scurgere de puroi trebuie să fie semnalată medicului.

Regiunea ombilicală se pansează cu comprese sterile uscate, pînă la căderea bontului ombilical și vindecarea plăgii ombilicale.

Pansamentul ombilical se face cu ajutorul unei comprese sterile, crestată în prealabil pînă la jumătate. Aceasta se așază în jurul bontului ombilical. Dacă bontul este zemuind, se curăță cu o compresă înmuiată în alcool 60°, apoi cu alta înmuiată în ser fiziologic și, în sfîrșit, se tamponează cu 1—2 comprese uscate; la sfîrșit se acoperă cu 1—2 comprese sterile și se trage pe dea-

supra o fașă. Dacă plaga este curată, se schimbă numai compresa sterilă; cel mult se dezinfectează cu alcool 60—70° și se pudrează cu Sulfatiazol pulbere.

Fașa se trage în așa fel încît fiecare tură să depășească pe cea precedentă, întocmai ca rîndurile de țiglă pe un acoperiș (adică fiecare tură de fașă acoperă pe cealaltă numai pe jumătate) (fig. 74). Fașa nu trebuie strînsă prea tare pentru a nu jena nou-născutul, dar va fi plasată suficient de ferm, pentru a nu se deplasa în sus sau în jos (pericol de a se descoperi plaga ombilicală).


Fig. 74 — Pansamentul ombilical.

Este de dorit ca fașa ombilicală să fie cît mai elastică; ea va fi confecționată din pînză (fașa de tifon se deșiră, iar cea din fibre sintetice împiedică respirația cutanată) și va fi lungă de 1 m și lată de 5—6 cm. După ce se fierbe și se calcă, fașa se păstrează într-o pînză albă călcată. Dacă o fașă a venit în contact cu dușumeaua este interzisă folosirea ei, datorită pericolului de infecție.

Pentru a evita infecțiile și a nu întîrzia mumificarea bontului ombilical, nu se face baie generală nou-născutului înainte de căderea acestuia. Se face zilnic toaleta parțială (vezi punctul 291) a nou-născutului, evitînd cu grijă umezirea regiunii ombilicale. În cadrul toaletei zilnice, trebuie shimbată compresa de tifon care acoperă bontul ombilical, după curățarea prealabilă a regiunii respective în modul descris mai sus. Se va evita orice manevră brutală, tracțiune etc. (compresele lipite de ombilic se îndepărtează după înmuierea prealabilă cu apă oxigenată).

După căderea cordonului, se continuă pansamentul ombilical pînă cînd plaga este perfect uscată. Uneori se menține o secreție ușoară, datorită formării unui *granulom ombilical*. Acesta se îndepărtează prin atingerea fundului plăgii cu un creion de nitrat de argint. Dacă mama nu are curajul și îndemînarea necesară pentru efectuarea acestui tratament, va apela la sora de ocrotire.

După ce plaga ombilicală s-a vindecat, pansamentul devine de prisos, iar apariția unei hernii ombilicale nu poate fi prevenită cu un simplu pansament ombilical.

290. Îngrijirea pielii nou-născutului. Pielea nou-născutului este fină, catifelată, sensibilă, avînd o tendință marcată la iritație și infecții. Dacă nu este schimbat la timp și este lăsat în scutece umede sau murdare, sugarul devine agitat, nu se poate odihni. Scutecele murdare sau aspre, urina, fecalele și chiar sărurile din transpirație, celulele ce se desprind continuu din stratul superficial al pielii favorizează apariția *eritemului fesier* (roșeață a regiunii fesiere în jurul anusului), a leziunilor de *intertrigo* (lezarea pielii sub formă de șanțuri roșii, zemuinde, la nivelul cutelor pielii sau în șanțurile din spatele pavilioanelor urechilor), a unor vezicule (bășici cu lichid clar) sau chiar pustule (bășici pline cu puroi). Toate acestea, ca și orice lezare a pielii (zgîrieturi, înțepături, crăpături, arsuri), constituie porți de intrare pentru infecții grave (abcese, furuncule, flegmoane, septicemie).

Pielea, chiar și cea acoperită de scutece, se murdărește în permanență; pe lîngă deșeurile propriului organism, pe piele se depun scame, praf, microbi, așa că trebuie spălată zilnic în întregime. Unguentele și pudrele utilizate la nou-născut împreună cu secrețiile pielii, determină, mai ales la pliuri (cute) iritații și apoi infecții locale, dacă nu sînt îndepărtate zilnic prin spălare.

Curățarea pielii se face zilnic, cu apă și săpun fin (săpun de ras, săpun pentru copii „Nivea", săpun de glicerină), ocolind regiunea ombilicală.

Peste zonele de piele descuamată și peste cruste se aplică, timp de cîteva ore, vaselină simplă sau comprese înmuiate în ceai de mușețel.

Pielea din unele regiuni (gît, șanțurile de după pavilioanele urechilor, subsuoară, plicile inghinale) este predispusă la apariția eritemelor; de aceea regiunile respective se vor curăți bine de murdărie, de resturile de pudră sau unguente, iar după ce se spală se vor usca bine, înainte de a se pudra din nou cu talc.

291. Tehnica băii parțiale. Se folosește o „mănușă" din pînză moale, confecționată din lenjerie veche. Sugarul — dezbrăcat parțial, pentru a nu răci — este culcat cu fața în sus pe un cearșaf curat. Cu mănușa săpunită se spală și apoi se șterg cu mănușa, în ordine: zonele murdărite cu lapte (fața, gîtul, șanțurile și pielea din spatele pavilioanelor urechilor); zonele expuse prin depunere de praf (mîinile); zonele expuse murdăriei prin urină și fecale.

După aceasta, cu altă mănușă înmuiată în apă limpede sau în infuzie de mușețel, se curăță bine regiunile săpunite, iar cu ajutorul unui prosop moale se „usucă" imediat (adică se tamponează, prin mișcări fine, pînă cînd dispare orice umezeală; nu se șterge în sensul strict al cuvîntului, pentru a nu indispune sugarul și a nu-i răni pielea). Nu se atinge regiunea ombilicală cu mănușa. Urmează spălarea membrelor inferioare. În continuare, sugarul este culcat pe burtă și este spălat pe spate, membrele inferioare fiind acoperite. Este întors din nou pe spate, este acoperit de la gît pînă sub ombilic și se spală și se „limpezesc" regiunile genitală și fesieră (vezi mai jos).

La sfîrșit după ce a fost înfășat, se face toaleta ochilor, urechilor și nasului, dar nu cu tampoane de vată sau „bețișoare" învelite în vată (deoarece irită mucoasa bucală și pot infecta organele respective, iar cerumenul din urechi se evacuează singur) ci cu comprese sterilizate, înmuiate în apă fiartă și răcită.

292. Curățirea regiunii anale și genitale, după scaun, se face cu apă și, eventual, cu săpun neiritant. Se tamponează bine pentru a îndepărta orice urmă de umezeală de pe piele și se aplică, în strat subțire, un unguent pe bază de talc, oxid de zinc, apă și glicerină. Nu este recomandată folosirea repetată a săpunului în cursul aceleiași zile, deoarece fragilizează pielea, prin îndepărtarea stratului de grăsime (protector).

În caz că apare un eritem fesier cu eroziuni sau elemente de foliculită, se va anunța imediat medicul, iar la efectuarea băilor medicamentoase se va consulta sora de ocrotire.

În eritemele simple se va folosi infuzie de mușețel; dacă au apărut elemente de infecție a pielii, se poate face baie cu o soluție dezinfectantă recomandată de medic; băile medicamentoase și aplicația de soluții (alcool, violet de gențiana etc.) pot fi dăunătoare (iritații, arsuri, intoxicații).

În caz de modificări patologice ale pielii (infecții) este bine să se țină seama de următoarele:

— se recomandă mai multă meticulozitate în efectuarea băii parțiale a nou-născutului;

— *ameliorare și vindecare se obțin mai repede dacă zona afectată este lăsată descoperită în contact cu aerul de mai multe ori pe zi;*

— lenjeria se dezinfectează și se fierbe;

— nu se vor folosi din proprie inițiativă și la întîmplare unguente ce se găsesc în casă, în farmacie sau pe la prietene, ci numai cele indicate de medic;

— nu se folosesc chiloți sau scutece din plastic.

Baia generală se face imediat după ce s-a vindecat plaga ombilicală.

Înfășatul nou-născutului (vezi punctul 297a.).

293. **Baia generală** se face imediat ce s-a cicatrizat plaga ombilicală. Sugarul sănătos va fi îmbăiat zilnic. În afară de menținerea curățeniei, baia realizează o importantă stimulare a funcțiilor pielii și a circulației sanguine contribuind la călirea sugarului. În timpul băii, mama are ocazia de a examina amănunțit sugarul. Se va inspecta pielea, mișcările, respirația și, la cel mai mic lucru ce pare anormal, va putea avertiza la timp pe medic.

Orarul băii. Se recomandă ca baia zilnică de curățenie să fie făcută la aceeași oră (în același moment al zilei). Unele mame aleg pentru baie perioada înaintea celui de al doilea supt, adică ora 9—10 dimineața. Orice alt moment al zilei este însă la fel de indicat. Credem că intervalul cel mai potrivit pentru baia zilnică ar fi seara înainte de penultima masă (18—19). Nu este recomandabilă o oră mai tîrzie, deoarece prin efectul ușor excitant al băii și al întregului complex de manevre legate de baie se întîrzie somnul sugarului. Cei mai mulți sugari, adorm însă foarte ușor tocmai după baie.

Stabilirea momentului băii trebuie să țină seama de următoarele:

— sugarul nu va fi flămînd, deoarece devine și mai iritat prin manevrele legate de baie;

— nu imediat după masă, pentru că poate vărsa;

— se alege un moment cînd e treaz sau va fi trezit pentru baie înainte de a se trezi singur de foame;

Persoana care face primele băi ale nou-născutului trebuie să fie îndemînatică, pricepută, cu mișcări blînde și sigure pentru ca baia să fie plăcută pentru sugar. În perioada de nou-născut efectuarea băii este destul de dificilă, din cauza poziției membrelor inferioare și superioare pe care le ține strînse, în oarecare stare de contractură, cu mișcări foarte limitate.

Timpul necesar pentru pregătiri, baia propriu-zisă și alimentația ce urmează băii este de aproximativ o oră, pentru ca totul să se desfășoare fără grabă.

Baia zilnică reprezintă, atît pentru mamă, cît și pentru sugar, un prilej de intimitate, cu implicații psihice favorabile (deși subconștiente), în ceea ce privește senzația de curățenie, simțul ordinii și ritmul în desfășurarea programului zilnic.

Unii pediatri recomandă ca baia să se facă la 2 zile, iar spălarea pe cap o dată pe săptămînă. Nu sîntem de acord cu această opinie; *în condiții de civilizație baia se face zilnic!* Marele pediatru german Czerny afirma încă din 1909 că „ființa umană trebuie să facă baie zilnică din ziua cînd cade bontul ombilical și pînă la 96 ani!".

A) Obiecte necesare băii. Înainte de a începe baia sugarului, se vor pregăti, la îndemînă, toate obiectele necesare, în așa fel ca baia, îngrijirile părului, feței și înfășatul să se efectueze cît mai rapid. Aceste obiecte sînt:

a) **Cădița** (albia, băița, vana) poate fi confecționată din material plastic, din tablă zincată, din fontă emailată sau din lemn. Băițele smălțuite sau emailate sînt trainice, se curăță ușor, însă sînt scumpe. Cele de zinc se pot comanda după dimensiunile dorite, sînt mai ușor deplasabile, mai ieftine, dar nu pot fi folosite pentru unele băi medicamentoase. Băița din material plastic este cea mai avantajoasă: este ieftină, se poate întreține într-o stare de perfectă curățenie, este rezistentă și ușor deplasabilă. La noi se găsesc cădițe din material plastic, cu o capacitate de 32 de litri.

În mediul rural, se folosește încă pe alocuri albia de lemn, care are dezavantajul că nu se poate dezinfecta și, dacă este uzată, prezintă riscul rănirii prin așchiile ce se desprind.

Cădița trebuie rezervată exclusiv pentru îmbăierea sugarului. Nu este igienic să fie folosită pentru alte scopuri gospodărești și nici la depozitarea sau spălarea lenjeriei.

b) **Termometrul de baie**

c) **Un vas** mic din material plastic, cu apă caldă curată pentru spălat fața.

d) **Un șervet** de toaletă dintr-un material moale, pentru față.

e) **Un prosop mare de baie** (plușat) sau un cearșaf de baie cu un colț însemnat; cu aceast colț se „usucă" regiunea superioară a corpului. Prosopul se întinde pe o masă de înfășat, iar în lipsa acesteia pe pătuțul sugarului sau pe o masă obișnuită.

f) **1—2 „mănuși"** confecționate în casă sau o bucată de pînză curată, ceva mai aspră, pentru spălarea corpului. Nu se folosește buretele pentru că acesta acumulează murdărie, se curăță greu și nu poate fi fiert.

g) **Un săpun pentru copii** (săpun de ras „Nivea", săpun „pentru copii"), care se păstrează într-o savonieră.

h) **Una cutie cu pudră** pentru copii cu capacul perforat („Saprosan pulvis", „pudră pentru copii", talc). Nu se va folosi amidonul, care fermentează și favorizează formarea de eriteme.

i) **Lenjeria pentru sugar** (cămășuță, jachețică, scutece) ținută la căldură pe capacul unei oale cu apă caldă sau pe caloriferul cel mai apropiat.

j) **Vaselină** sau o **sticluță cu ulei** care a fost fiert în prealabil. În caz de eritem fesier, în plus, infuzie de mușețel și o cremă calmantă sau o „mixtură" recomandată de medic.

k) **Comprese sterile** (o cutie) și tampoane de vată, puse într-o cutie.

l) **Un vas de metal** sau o cutie de material plastic în care se pun tampoanele întrebuințate. Dacă sugarul are o infecție cutanată, aceste tampoane se ard ulterior.

m) **O forfecuță pentru unghii.**

n) **Un pieptene și o perie** pentru cap.

o) **O găleată** pentru lenjeria murdară.

p) **Un căzănel** pentru fiert lenjeria sugarului.

r) **O pară de cauciuc** (pară de clismă cu dimensiunile cele mai mici) pentru aspirarea secrețiilor din nas.

Obiectele numerotate de la litera *b* la *n* se așază la îndemînă pe masa de înfășat sau pe alt obiect de mobilier. Scutecele, eventual încălzite în prealabil, se așază în ordinea în care vor fi folosite la înfășat; de asemenea, cămășuța și pieptărașul.

B) Pregătirea băii. Camera în care se face baie va avea o temperatură în jur de 22—24°C. Ușile și ferestrele se închid. Cădița se spală înainte și după baie cu o perie și cu săpun și apoi se clătește cu apă caldă. Dacă sugarul are o infecție a pielii (foliculită, abcese, furuncule, impetigo), băița se va spăla cu o soluție dezinfectantă, recomandată de medic.

Băița se așază într-o poziție stabilă și comodă pentru mamă. Sugerăm să se procure o planșetă de lemn (cum sînt cele de desen sau cele pentru gospodărie) de dimensiuni egale cu lățimea cadei mari din camera de baie. Cădița se mai poate așeza pe două scaune sau pe o măsuță mai joasă. O cadă mare și așezată prea jos este incomodă, obligînd-o pe mamă să se aplece prea mult.

Se recomandă ca temperatura apei să fie de 36—37°C pentru nou-născuţi şi sugari mici şi de 35°—36°C pentru cei mai mari. Temperatura se măsoară cu un termometru de baie; aprecierea făcută prin scufundarea cotului în apă poate fi înşelătoare. Pentru ca măsurarea să fie corectă, termometrul se cufundă complet în apă. După cîtva timp, mama poate ajunge să potrivească temperatura băii prin stabilirea cantităţii de apă fierbinte clocotindă necesară pentru o anumită cantitate de apă rece. În căditţă se introduce *întîi apa rece* şi *apoi cea caldă*, pentru a evita pericolul unei opăriri.

Cantitatea de apă necesară băii se adaptează la mărimea vasului în care se face baia, în aşa fel încît în poziţia semişezîndă a sugarului apa să acopere umerii.

În principiu sînt necesare $1^1/_2$—2 găleţi cu apă. Pentru căditţele din material plastic ce se găsesc la noi în comerţ sînt necesari 15—20 litri (căditţa plină = 32 litri).

C) Discutarea celor două tehnici. Sînt două tehnici de a se face baia: una cu săpunirea afară şi alta în care săpunirea se face în căditţă.

După părerea noastră, tehnica a doua este mai practică, sugarul fiind mai puţin expus la răcire. Prima tehnică este preferată de unii pentru că săpunirea se poate face mai sistematic şi nu rămîn zone nesăpunite, iar mama se poate folosi de ambele mîini, pe cînd la tehnica a doua mîna stîngă este imobilizată cu susţinerea capului sugarului. Prima pretinde însă din partea mamei rapiditate şi îndemînare: unii sugari devin agitaţi cînd sînt săpuniţi afară. Această tehnică este susţinută cu ardoare de vechile surori de ocrotire; în decursul anilor, în discuţiile noastre cu colectivele din Bucureşti, acestea nu s-au lăsat convinse să renunţe la ea. În manualele actuale din străinătate, am găsit că adepţii săpunirii în afara căditţei sînt mult mai puţin numeroşi (Hempel din R.D.G. şi Willi din Elveţia) decît adepţii tehnicii cu săpunire în căditţă (Werner Catel, Solé-Spranger, S. Liebe, B. Spock, Silver şi Kempe, J. Haarer etc.). Am făcut această largă paranteză pentru că surorile de ocrotire nu au o atitudine comună în această problemă. Mama va alege metoda care i se pare mai uşor de efectuat.

Se recomandă ca prima baie să fie efectuată de către sora de ocrotire sau de o rudă experimentată (bunică etc.).

a) Prima tehnică. Săpunirea nou-născutului se face în afara căditţei, pe masa de înfăşat. Pe salteluţa acestei mese (sau pe o pătură îndoită) se pune o muşama de cauciuc sau de material plastic, care se acoperă cu un cearşaf încălzit, peste care se aşază sugarul care este dezbrăcat şi învelit într-un singur scutec încălzit.

Săpunirea se face cu o cîrpă sau o mănuşă de baie, în prealabil înmuiată (în apa din căditţă), stoarsă (pentru a nu curge apa din ea) şi bine săpunită.

Iniţial se săpuneşte capul (sprijinit pe mîna stîngă a mamei), în ordinea următoare: urechea dreaptă, creştetul, urechea stîngă şi gîtul, avînd grijă ca spuma să nu ajungă la ochi. Se acoperă capul astfel săpunit cu colţul cearşafului fără să se acopere ochii şi faţa. Apoi se descoperă trunchiul sugarului, se întoarce uşor pe partea dreaptă şi în această poziţie se săpunesc: spatele (pînă la şolduri), faţa laterală stîngă a corpului, subsuoara, braţul şi mîna stîngă. Apoi sugarul se aşază pe spate şi se săpunesc: pieptul, abdomenul (pînă la ombilic), faţa laterală dreaptă a corpului, subsuoara, braţul şi mîna dreaptă. Părţile săpunite se învelesc repede cu cearşaful şi se descoperă membrele inferioare, care se săpunesc de la tălpi spre şold, unul cîte unul; la urmă se săpunesc zona de jos a abdomenului, organele genitale, fesele şi, la sfîrşit, regiunea anusului. La fetiţe regiunea genitală se spală cu o compresă sterilă,

înmuiată în prealabil în apă curată sau în infuzie de muşeţel; se îndepărtează uşor labiile vulvei şi se trece încet, dinainte înapoi, compresa umezită.

În timpul săpunirii, pielea se fricţionează uşor. Trebuie avut grijă ca să se descopere numai regiunea corpului care urmează să fie săpunită.

Pielea păroasă a capului se spală de 3 ori pe săptămînă.

După ce a fost săpunit complet, cu excepţia feţei, se înlătură cearşaful, sugarul este luat în braţe, introdus încet în apă şi susţinut după tehnica indicată mai jos. Cu mîna dreaptă se înlătură săpunul de pe toată suprafaţa corpului, prin mişcări delicate, în ordinea în care s-a făcut săpunirea. Sugarul

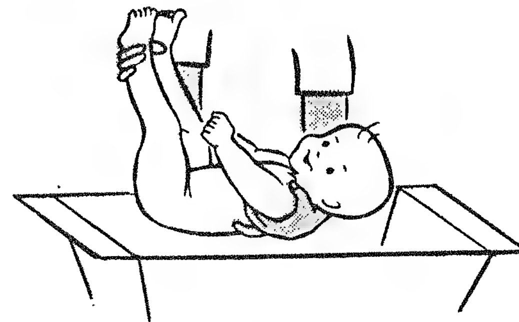


Fig. 75 — Introducerea sugarului în baie.

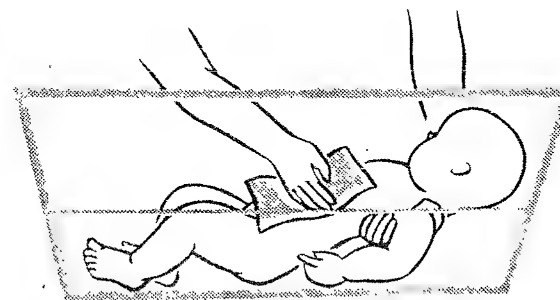


Fig. 76 — Poziţia sugarului în baie. Spălarea feţei anterioare a corpului.

nu trebuie să rămînă în apă mai mult de 3 minute. Tehnica aceasta se poate folosi numai pînă la 5—6 luni.

b) Tehnica a II-a. Sugarul este dezbrăcat pe masa de înfăşat, iar rufăria murdară se pune în găleata pregătită special. Dacă sugarul este murdar de materii fecale, se curăţă în prealabil regiunea fesieră cu o cîrpă umedă (îmbibată cu săpun), care nu se mai foloseşte la restul băii.

Introducerea în baie se face cuprinzînd cu mîna stîngă axila stîngă a sugarului (4 degete ajung în axilă, iar degetul mare înconjură umărul pe deasupra). Ceafa şi capul se sprijină pe antebraţ. Cu mîna dreaptă se susţine regiunea fesieră sau se cuprind, cu policele (degetul gros) şi mediusul, picioarele sugarului în dreptul gleznelor, arătătorul aşezîndu-se între cele două maleole interne (fig. 75). După ce sugarul a fost introdus încet în apă, picioa-

rele sînt lăsate liber, în timp ce capul și trunchiul sînt susținute în continuare cu mîna și antebrațul stîng; mîna dreaptă rămîne liberă pentru a spăla sugarul. Se urmărește ca umerii să fie acoperiți cu apă, pentru ca să nu-i fie frig.

Se folosește o mănușă sau o bucată de pînză fină, bine stoarsă, cu care se săpunește (fig. 76); unele mame preferă să spele copilul cu mîna neînvelită în mănușă, dar săpunită bine. În tot cazul, săpunirea sugarului nu se face direct cu bucata de săpun. Cu mișcări fine, circulare, se întinde un strat subțire de săpun pe tot corpul, în ordinea următoare: capul (din regiunea frontală către cea occipitală, avînd grijă să nu intre săpun în ochi sau apă în urechi; se clătește apoi imediat), gîtul, axilele („subsuoara"), membrele superioare, toracele, abdomenul și membrele inferioare. Se clătesc imediat regiunile săpunite. În continuare, sugarul este întors cu fața în jos cu ajutorul

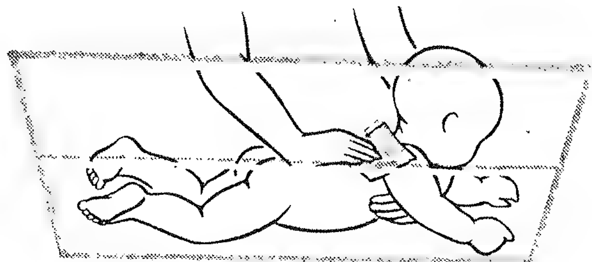


Fig. 77 — Spălarea feței dorsale.

mîinii drepte care cuprinde umărul drept; gîtul și bărbia se sprijină pe antebrațul stîng (fig. 77). Spatele, organele genitale și regiunea anală (cu deosebită atenție șanțul interfesier) se săpunesc și apoi se clătesc.

Indiferent de tehnica folosită și de vîrsta sugarului, regiunea genitală și cea fesieră se spală la urmă. La fetițe, spălarea și ștergerea se vor face întotdeauna în direcția dinainte înapoi *(niciodată în sens invers)*, deoarece există pericolul transportului de microbi din regiunea anală în vagin sau uretră, cu infectarea ulterioară a acestora.

La sugarii mai mari, baia de curățenie poate fi urmată de dușul cu apă călduță.

Unele mame acordă o grijă deosebită fontanelelor sugarului („moalele capului") în timpul băii, iar altele nu-l spală ca să nu-l „rănească la cap". Este o teamă nejustificată! Creierul sugarului este bine protejat de o foiță groasă și rezistentă (ca o foaie de cort), așa că nu poate fi lezat în timpul băii. Este foarte important ca pielea capului să fie bine curățită, pentru a evita formarea crustelor. De altminteri, spălarea cu săpun de 2—3 ori pe săptămînă este suficientă.

Durata băii trebuie să fie cît mai scurtă, în special la sugarii mici, la care nu trebuie să depășească 5 minute la prima tehnică (două minute pentru săpunire și 2—3 minute de ținut în apă) și 5—7 minute la tehnica a doua. La sugarii care au depășit 8 luni, baia poate dura 10—15 minute.

La sugarii mai mari baia este și un prilej de joc.

Ce înseamnă dacă sugarul plînge în baie? Unora dintre sugari nu le place baia, la început. La aceștia, durata băii se poate scurta cît mai mult posibil. Chiar dacă plînge, sugarul tot trebuie îmbăiat zilnic.

S-ar putea ca sugarul să se simtă nesigur în apă, datorită vreunei greșeli care l-a speriat. Mama trebuie să aibă îndemînare, să execute toate mișcările

cu siguranță, dar niciodată brutal; cu blîndețe, dar fără ezitări. Numai așa sugarul capătă certitudinea că se află în mîini bune. Dacă totul decurge corect, orice sugar agreează cu timpul baia.

Baia este ușoară pentru mamă și plăcută pentru sugar, după ce a dispărut poziția de flexie și sugarul a început să miște spontan membrele. Pedalarea în apă e o mare plăcere. Cei mai mari ajung să o salute cu o explozie de bucurie.

Măsura de prudență principală este de a nu lăsa sugarul singur în cădiță (pericol de înec!) sau pe masa de înfășat (se poate mișca și poate cădea jos!)

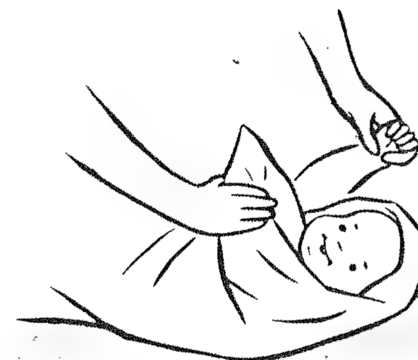


Fig. 78 — „Ștergerea" copilului după baie.

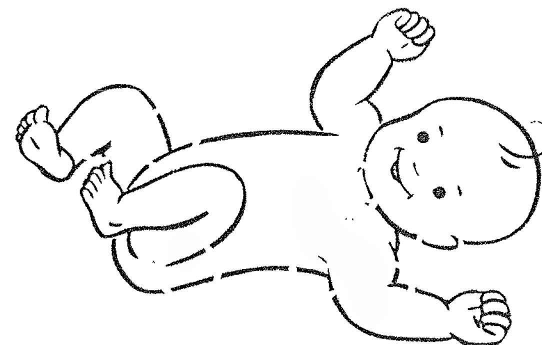


Fig. 79 — Cercurile indică zonele predispuse la formarea de intertrigo (leziuni zemuinde la cutele pielii).

dacă mama este obligată dintr-un motiv oarecare să întrerupă baia sau înfășatul.

D) Ș t e r s u l (tamponarea). Sugarul scos din baie este învelit în cearșaful de baie, în prealabil încălzit (fig. 78). El nu trebuie „șters" pentru că aceasta ar duce la rănirea pielii și ar declanșa senzații neplăcute, avînd ca rezultat spaima de orice baie sau simpla curățire a corpului. De fapt, se trece cu blîndețe prosopul peste piele și se tamponează. Toate pliurile (cutele) pielii (axile, gîtul, regiunea inghinală, pliurile de la coapsele sugarilor grași, zona ombilicală) se desfac și se tamponează cu atenție. Umezeala înlesnește formarea de intertrigo (vezi fig. 79).

E) Pudrajul are scopul de a păstra o piele uscată şi de a micşora frecarea în interiorul cutelor formate de piele. Este bine să se pudreze toate regiunile în care se găsesc în contact două suprafeţe de piele: înapoia urechilor, la gît, în axile, plica (cuta) cotului şi cea a genunchilor. *Regiunea vulvară nu se pudrează.* Se va avea grijă ca pudra să fie distribuită într-un strat foarte fin, deoarece micile cocoloaşe de pudră irită pielea. La baia următoare se înlătură toate resturile de pudră. Nu se recomandă făina de grîu şi pudrele pe bază de amidon, deoarece fermentează, producînd leziuni ale pielii. Se folosesc: pudra de talc simplă, pudra Saprosan şi pudra „Nivea pentru copii".

F) Pliciile inghinale, perineul şi fesele *se ung*, în strat subţire, cu ulei fiert (cel mai indicat!), o pastă cu apă (reţetă formulată de medic), Jecolan, Cutaden sau Jecozinc.

Unguentele cu antibiotice sau cu cortizon, folosite îndelungat favorizează selecţionarea anumitor microbi sau infestarea cu ciuperci microscopice („micoze cutanate").

294. Toaleta feţei. După ce este spălat, uscat, pudrat şi uns (toate aceste operaţii se vor face cu rapiditate, îndemînare şi blîndeţe), sugarul este înfăşat imediat cu lenjeria în prealabil încălzită şi pusă la îndemînă.



Fig. 80 — Spălarea ochilor.

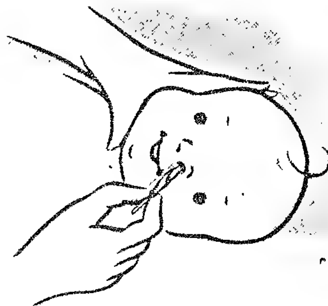


Fig. 81 — Curăţirea nasului.

Pentru faţă se foloseşte apă călduţă, dintr-un vas pregătit în acest scop, şi o mănuşă (alta decît pentru restul corpului) sau o bucată de pînză moale (de preferat o bucată de tifon steril) sau vată. Nu se foloseşte săpunul. Nici pentru faţă nu se indică folosirea buretelui.

a) *Se începe cu* **spălarea ochilor.** Se foloseşte un tampon de vată sau o compresă sterilă, înmuiată în apă călduţă. Ochiul se şterge cu mişcări dinspre unghiul extern spre cel intern (vezi fig. 80), faţa sugarului fiind întoarsă spre ochiul ce se spală. Se folosesc tampoane separate pentru fiecare ochi, pentru a evita trecerea unei eventuale infecţii de la un ochi la celălalt. Dacă există secreţii oculare purulente, se fac spălături cu infuzie de muşeţel înainte de baia generală, pentru a evita contaminarea pielii din jur.

b) **Curăţirea nasului** se făcea mai înainte cu tampoane de vată răsucite în prealabil ca un mic trabuc, care se introduceau în nas cu mişcări de burghiu, orientate întotdeauna înapoi şi nu în sus (vezi fig. 81). S-a dovedit că, prin intermediul tampoanelor de vată răsucită, se introduc adesea microbi în nasul sugarilor, care pot determina uneori infecţii grave (furuncule, etmoidite). Mai mult, se întîmplă ca în nas să rămînă fire de vată care, prin iritaţie locală, declanşează strănut şi secreţie nazală. S-au citat cazuri de sufocări la sugari, prin aspirarea unor resturi de tampoane detaşate şi rămase în nas.

De aceea este mai bine ca, după ce se pun picături de ser fiziologic în nas (spală şi înmoaie secreţiile), să se aspire secreţiile cu o pară de cauciuc de dimensiuni mici. Unii medici mai recomandă încă folosirea tampoanelor la sugarii cu secreţii aderente, vîscoase sau crustoase în nas. Tamponul se înmoaie la început în ser fiziologic; după înmuierea şi înlăturarea crustelor, mucoasa nărilor se va curăţa bine cu 2—3 tampoane de vată înmuiate în infuzie de muşeţel. Recent, au apărut bastonaşe de vată sterilă fabricate şi ţinute în recipiente speciale.

Pregătirea tampoanelor de vată se face dinainte de către o persoană îndemînatecă (cu mişcări asemănătoare cu cele ale fumătorilor care îşi pregătesc singuri ţigările) şi cu mîini bine spălate. Tampoanele se păstrează într-un vas de sticlă sau de plastic (spălat, opărit şi zvîntat) acoperit.

c) **Curăţirea urechilor.** La nou-născut urechile se curăţă o dată la cîteva zile; la sugarul mai mare se curăţă zilnic. Cu tampoane bine răsucite, subţiri, lungi, se pătrunde prin mişcări delicate de rotaţie în conductul auditiv, în timp ce cu cealaltă mînă pavilionul urechii se trage uşor în sus şi înapoi (vezi fig. 82). Sondele sau pensele se folosesc numai de către medicul specialist O.R.L. În nici un caz nu se vor utiliza chibrituri, scobitori, ace de păr sau alte obiecte ascuţite înfăşurate în vată.

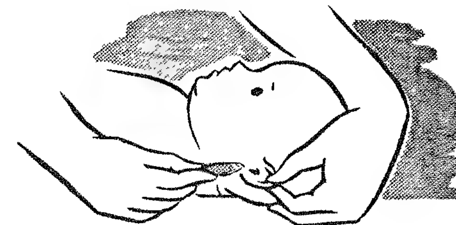


Fig. 82 — Curăţirea urechilor.

În continuare, se vor curăţi bine toate cutele şi curburile pavilionului urechii. La sfîrşit se va tampona cu vată uscată atît pavilionul urechii, cît şi şanţul retroauricular, pentru a zvînta orice urmă de umezeală.

Nu se şterge şi nu se spală cavitatea bucală care fiind acoperită de o mucoasă foarte fină se răneşte uşor.

295. Îngrijirea unghiilor. La nou-născutul trecut de termen, unghiile depăşesc vîrfurile degetelor. Dacă unghiile sînt prea mari, sugarul se poate zgîria, îndeosebi pe faţă. Încă din primele zile după naştere, mama va avea grijă ca niciodată unghiile să nu depăşească vîrful degetelor de la mîini şi de la picioare. În unele locuri, la ţară, există superstiţia că tăierea unghiilor ar dăuna sugarului. Sora de ocrotire este datoare să convingă pe mamă să nu se lase influenţată de astfel de superstiţii şi nici de teama de a folosi foarfeca la degetele mici şi fine ale sugarului. Se preferă o foarfecă mică, cu vîrful rotunjit şi bine ascuţită. Unghiile nu se vor tăia prea scurt, pentru a evita formarea de unghii „încarnate" şi „ciupirea" pielii. *Unghiile de la mîini se taie uşor rotunjite, iar cele de la picioare se taie drept.* Capul se întoarce în partea opusă mîinii la care se taie unghiile, pentru ca fragmentele mici de unghii să nu sară în gura, ochii sau nasul copilului.

Tăierea unghiilor se face cel mai bine după baie. Seara, se poate aplica în jurul unghiilor o cremă pentru copii sau ulei fiert, ca să fie totdeauna moi.

La sugarii care încep să se tîrască, unghiile se vor curăţi cu delicateţe, cu ajutorul unei pile fine de unghii, se vor spăla mîinile de mai multe ori pe zi, obligatoriu înainte de mese.

La sugarii nervoşi, care se zgîrie pe faţă, se pot confecţiona nişte mănuşi fără degete, un fel de saci mici din molton sau din pînză moale, care se leagă la articulaţia pumnului.

296. Îngrijirea pielii capului. Cînd sugarul este îmbăiat, îmbrăcat şi cu toaleta feţei, ochilor, nasului, urechilor şi unghiilor făcută, se trece la ultima etapă a igienei corporale zilnice: îngrijirea părului. Oricît de mic şi de rar ar fi părul sugarului el se perie zilnic cu o perie de cap (cel mai bine cu o perie cu coadă, cu perii fini şi moi, care se poate spăla uşor). Periatul se face cu mişcări blînde în direcţia liniei (orientării) părului, pînă cînd acesta devine neted şi lucios. Dacă pielea capului este prea aspră, se pot folosi cîteva picături de ulei fiert (de măsline sau de floarea soarelui) cu care se va face o fricţie uşoară înainte de periere.

Dacă există o predispoziţie de eczemă şi la formarea de cruste (coji), pielea capului se va unge, cu 10—12 ore înainte de baia de seară, cu vaselină salicilică 0,5—1% (cu reţetă de la medic); în urma aplicării unguentului salicilic, depozitele crustoaşe se înmoaie, putînd să fie înlăturate în mare măsură cu pieptănul. După aceasta, capul se va spăla cu apă şi săpun. La nevoie, se poate unge cu un strat foarte subţire de ulei. În tot cazul, tendinţa la eczeme şi la formarea de cruste nu trebuie neglijată, pentru că poate duce la leziuni importante şi supărătoare ale pielii capului, asociată de multe ori cu infecţii.

Partea moale a craniului (fontanela) se va peria ca şi restul capului; nu există nici un motiv de teamă că s-ar putea răni creierul în zona respectivă!

La sugarul bolnav la care nu este voie să se facă baie generală, este necesar ca la interval de cîteva zile să se curețe cu atenţie pielea capului, cu o compresă umedă, pentru a se îndepărta urmele transpiraţiei şi murdăria din păr; se şterge apoi excesul de umezeală şi se piaptănă sau se perie părul.

Înfăşatul

297. La sugar, eliminarea urinii şi scaunului se face involuntar. Este necesar ca aceste excreţii să fie astfel interceptate încît să nu murdărească patul sugarului. În acest scop se utilizează, din cele mai vechi timpuri, scutece, care se schimbă după ce au fost murdărite. În primele săptămîni de viaţă, înfăşatul serveşte şi la menţinerea temperaturii corporale normale. Prin schimbarea corectă a lenjeriei se evită apariţia iritaţiilor şi infectarea pielii. Mama trebuie să înveţe o tehnică de înfăşat corectă şi să aibă grijă să schimbe sugarul la timp. La fiecare schimbat se foloseşte lenjerie curată: fiartă, spălată cu săpun, bine limpezită, uscată (de preferinţă afară), călcată şi încălzită înainte de înfăşat.

Greşelile în înfăşatul sugarului, care duc la îmbolnăvirea lui, îndeosebi la apariţia *eritemului fesier*, sînt următoarele:

— folosirea de scutece îmbibate cu urină, uscate fără să mai fie spălate;
— folosirea de lenjerie spălată, dar nefiartă după aceea;
— folosirea de lenjerie limpezită insuficient, îmbibată cu săpun sau cu detergenţi;
— scutece aspre, fie datorită calităţii ţesăturii, fie consecutiv apretării, fie prin infiltrare cu urină;
— material plastic pus în contact direct cu pielea sugarului;
— muşamale sau materiale plastice puse între scutece, de jur împrejurul corpului sugarului ceea ce duce la împiedicarea aerisirii tegumentelor;
— păstrarea lenjeriei curate în locuri neigienice sau în contact cu scutece murdare;
— înfăşarea sugarului fără ca regiunea fesieră să fie curăţită în prealabil de resturile de materii fecale, iar plicile pielii, de pudrele aplicate anterior;

— obiceiul de a acoperi capul sugarului cu bonete în casă, indiferent de temperatura camerei;
— înfăşatul cu prea multe scutece.

Tehnica înfăşatului. Este diferită în raport cu vîrsta şi gradul de dezvoltare a sugarului: tehnica înfăşatului la nou-născut se deosebeşte de cea folosită la sugarul mai mare. În primele săptămîni de viaţă sugarul este înfăşat cu mai multe straturi de scutece, pentru a se evita răcirea. Mai tîrziu, răspunzînd nevoilor crescînde de mişcare ale sugarului, scutecele exterioare se îndepărtează, cel interior se adaptează ca pantalonaş, iar pe deasupra se îmbracă un pantalon cu botoşei („salopetă"). Se mai recomandă utilizarea sacilor de dormit, care permit să pedaleze sau să se mişte în voie.

Cînd a început să pedaleze, iar în cameră temperatura este peste 22°C, sugarul va fi lăsat cu membrele inferioare goale, numai cu botoşei, îmbrăcat cu o cămăşuţă cu mîneci scurte şi, bineînţeles, cu capul descoperit.

Muşamaua de cauciuc sau foile de material plastic se folosesc cu prudenţă, deoarece împiedică aerisirea pielii dacă sînt aplicate în mod defectuos. Muşamaua nu trebuie să fie mai mare de 40/40 cm. Ea serveşte exclusiv la protecţia cearşafului de pat şi a îmbrăcămintei mamei (sorei) cînd ţine sugarul în braţe. Dacă muşamaua se introduce între cele două scutece, marginile sale nu trebuie să se unească pe abdomenul sugarului, ci să se afle la o distanţă de cel puţin 15 cm, pentru a nu se ajunge la supraîncălzire.

Muşamaua de pat (de sub aleză sau cearşaf) nu va fi aşezată pînă sub capul copilului, ci numai pînă în regiunea umerilor. Adesea apar abcese în regiunea occipitală, ca urmare a unor asemenea greşeli.

Tehnica înfăşatului ţine seama îndeosebi de particularităţile legate de vîrstă.

a) Înfăşatul sugarului mic (0—3 luni). Rufăria necesară se pregăteşte astfel (fig. 83): pe masa de înfăşat se întinde scutecul mare, dreptunghiular,

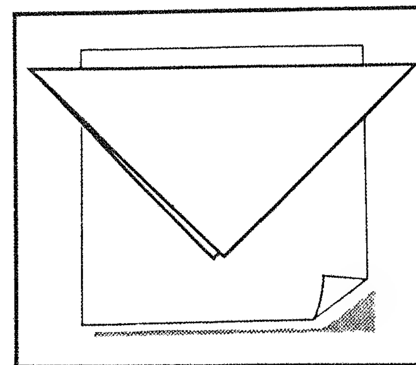


Fig. 83 — Pregătirea scutecelor pentru înfăşat.

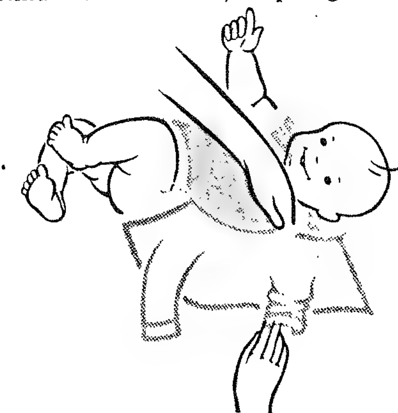


Fig. 84 — Îmbrăcarea cămăşuţei.

din finet sau molton. Deasupra se aşază întîi muşamaua, apoi scutecul mic, pătrat (din pînză sau finet), în aşa fel încît marginea lui superioară să se afle cu aproximativ 10 cm mai jos de marginea superioară a scutecului mare. Urmează scutecul triunghiular, rezultat din îndoirea pe diagonală a unui scutec mare pătrat; el se aşază cu latura mare cu 5 cm mai jos de marginea superioară a scutecului mic, vîrful privind în jos.

Cînd sugarul trebuie schimbat complet se va pregăti şi cămăşuţa. Mînecile acesteia se petrec prin mînecile pieptăraşului. Primul gest va fi îmbrăcarea cămăşuţei, apoi urmează înfăşatul. Pentru îmbrăcarea cămăşuţei (fig. 84) sora (sau mama) strînge o mînecă întocmai ca pe un ciorap, apoi îşi introduce degetul arătător şi mijlociu prin partea de jos a mînecii şi prinzînd pumnul copilului îl trage afară. Cămăşuţa şi pieptăraşul se încheie prin legarea şireturilor pe umăr.

Urmează înfăşatul propriu-zis. Pentru aceasta sugarul este aşezat pe scutecele pregătite, astfel încît regiunea fesieră să fie cam la mijlocul scutecului triunghiular, iar marginea superioară a scutecului mare să fie în dreptul axilelor. Colţul de jos al scutecului triunghiular se trage între picioarele sugarului în sus, pe abdomen (fig. 85); apoi colţul din dreapta se trece peste abdomen spre stînga, iar colţul din stînga spre dreapta (fig. 86 şi 87), avînd grijă să fie bine întinse şi netezite către spatele copilului, dar nu prea strînse. Urmează scutecul mic, pătrat; cele două laturi se trec peste abdomen, partea de jos rămînînd liberă. Muşamaua se aduce în acelaşi mod spre abdomen (fig. 88). Între cele două margini ale sale trebuie să rămînă un interval de 10—15 cm. Nu este permis ca muşamaua să înfăşoare în întregime corpul sugarului (sau să se petreacă), deoarece duce la supraîncălzire şi iritarea tegumentelor prin menţinerea umezelii. Singurul ei scop este să protejeze scutecul mare (din finet) de umezire prea frecventă. Peste muşama se trage cămăşuţa şi se netezeşte bine, pentru a nu forma cute; marginea ei de jos se poate răsfrînge puţin (pentru a nu se uda), iar colţul cămăşuţei se introduce sub această margine, fiind astfel bine fixată. Acum se aplică scutecul mare: întîi se trece partea din dreapta spre stînga (fig. 89), apoi se fixează genunchii sugarului n extensie şi se îndoaie marginea inferioară a scutecului cu un lat de palmă

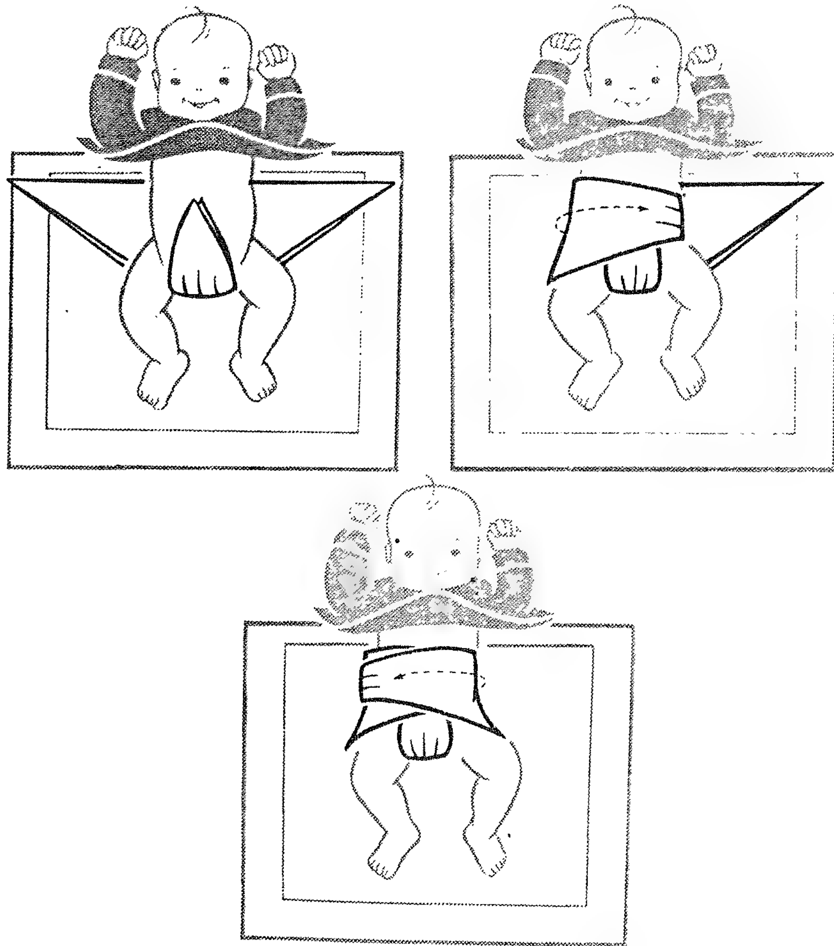


Fig. 85, 86, 87 — Tehnica înfăşatului sugarului mic.

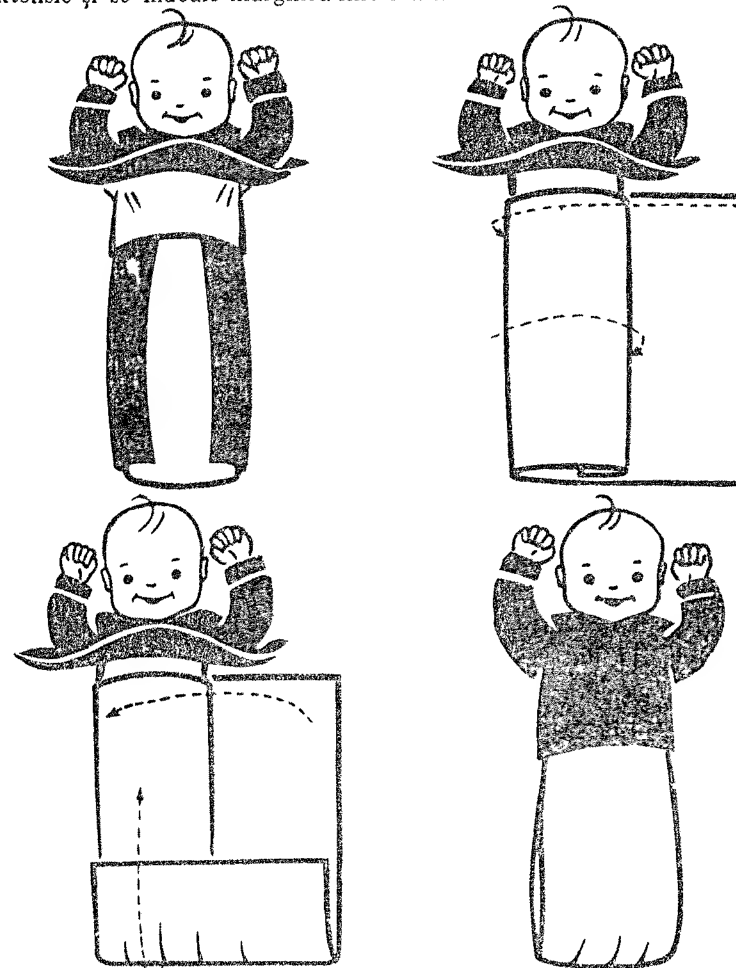


Fig. 88, 89, 90, 91 — Tehnica înfăşatului sugarului mic.

mai jos de vîrful picioarelor, pentru a asigura libertatea mișcărilor sugarului (fig. 90), în sfîrșit se trece și partea din stînga spre dreapta și cît mai mult spre spate (fig. 91). Cînd înfășatul s-a făcut corect, latura vizibilă a scutecului mare se găsește la spatele sugarului. Peste acest scutec se întinde pieptărașul și se fixează în modul descris la cămășuță. Nu mai este necesară legarea cu cordon sau brîu („ca să aibă picioarele drepte"). Folosirea acelor obișnuite (cu gămălie) este interzisă; în prezent au apărut ace de siguranță speciale pentru înfășatul sugarilor.

Această metodă de înfășat este folosită mai ales pentru sugarul mic, în familie și în anotimpul rece.

După baie, mai ales dacă nu este prea cald în cameră, sugarul mic se înfașă după metoda arătată mai sus, însă cu o mică modificare: în loc să fie lăsate libere mîinile, se pot fixa de-a lungul corpului, cu ajutorul scutecului mare de finet. Sugarul se poate introduce apoi într-un sac de dormit care se leagă la umeri.

La nou-născutul cu plaga ombilicală nevindecată, se impune protecția pansamentului ombilical. Pentru aceasta s-au recomandat variante ale tehnicii de mai sus. Una dintre acestea este următoarea: scutecul triunghiular se îndoaie încă o dată rezultînd un triunghi cu 4 straturi de pînză, care absoarbe foarte bine umezeala; dimensiunile lui sînt suficiente pentru nou-născut. Vîrful triunghiului se trece între picioare pe abdomen. Unul dintre colțurile laterale este trecut peste plica inghinală de aceeași parte pînă sub coapsa de partea opusă. Apoi, vîrful care se află pe abdomen se îndepărtează din regiunea ombilicală, îndoindu-se în jos, spre regiunea organelor genitale. Cel de al doilea colț lateral se înfășoară bine întins peste abdomen spre spate. În felul acesta, toată urina este absorbită la emisie, iar regiunea ombilicală este protejată. Timpii următori ai înfășatului sînt la fel ca la tehnica descrisă mai sus.

La sugarii cu tegumente foarte sensibile, cu eritem fesier și, în general, la sugarii bolnavi, se renunță la mușama. Sugarul se înfașă numai cu scutecul triunghiular, scutecul pătrat și scutecul mare de finet. Mușamaua se pune, eventual, peste cearșaful saltelei și se acoperă cu un scutec obișnuit. În această variantă, sugarul este mai lejer înfășat, iar umezeala este menținută mai puțin pe corp; consumul de scutece este însă mult mai mare.

b) **Înfășatul prematurului.** *Se pregătesc următoarele scutece:*

— un scutec pătrat de finet;

— un alt scutec de finet, așezat în colț, care se pune deasupra (cu acesta se învelesc membrele superioare și capul copilului);

— un scutec subțire, pătrat, de pînză;

— un scutec în triunghi.

Tehnica de înfășat este aceeași ca la nou-născutul la termen cu deosebire că unghiul superior răsfrînt al scutecului de finet pus în colț se aplică pe capul sugarului ca o bășmăluță, iar colțurile laterale se petrec în jurul brațelor și trunchiului.

Scutecele se încălzesc în prealabil. Dacă prematurul este foarte mic (sub 2 000 g), capul, mîinile și picioarele trebuie bine protejate, pentru ca să nu se răcească. Pentru aceasta se confecționează „căciuliță", „mănuși" și „cizmulițe" din vată.

Scutecele din celofibră sînt foarte practice, deoarece economisesc rufăria și scutesc pe mamă de efortul de a spăla atîtea scutece. Sînt absorbante, moi și ușor de folosit; după întrebuințare se aruncă.

Chiloții din material plastic vor fi evitați pe cît posibil, deoarece împiedică respirația pielii și reglarea temperaturii, favorizînd apariția de iritații

și eritem fesier. Se vor folosi numai în ocazii speciale (voiajuri, plimbări). În caz de eritem fesier sau infecții cutanate sînt strict contraindicați.

Capul rămîne descoperit cît timp sugarul este ținut în casă sau cînd afară temperatura este peste 22° C.

Schimbatul sugarului

298. **S c h i m b a r e a r u f ă r i e i ș i a s c u t e c e l o r** se face după baia de curățenie și, în cursul zilei, atunci cînd sugarul s-a murdărit. Pentru aceasta nu există însă o regulă fixă. Unii sugari urinează de 10—20 de ori pe zi, dar aceasta nu înseamnă că trebuie schimbați de fiecare dată. La emisiile mai mari de urină, schimbarea este obligatorie. La micțiunile mai reduse cantitativ și îndeosebi dacă sugarul doarme, aceasta se amînă pînă la trezirea lui. De asemenea, nu trebuie uitat că schimbările mai frecvente favorizează pierderile de căldură, iar pentru mamă consumul mare de rufărie constituie un efort suplimentar inutil. După emisia de scaun, sugarul trebuie însă schimbat imediat.

Sugarii cu diateză exsudativă (cruste galbene pe pielea capului și sprîncene, roșeață la cutele pielii) vor fi schimbați mai des, deoarece tegumentele lor sînt sensibile la umezeală și agenții iritanți. Se apreciază că un sugar se schimbă de 7—10 ori pe zi.

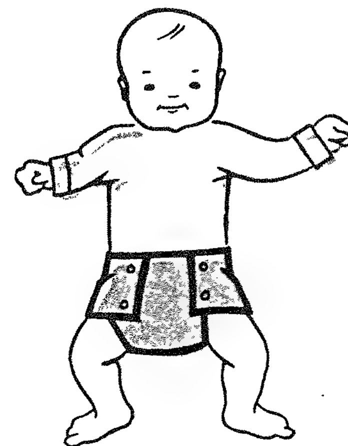


Fig. 92 — Pantalonaș din material plastic.

Cum se procedează dacă sugarul este găsit murdar la ora alimentației? La sugarii mici, avînd în vedere tendința mai mare la regurgitații, schimbarea se face de preferință înainte de alimentație, pentru a se evita manipulările după administrarea prînzului. Ceilalți pot fi schimbați după alimentație, mai ales că unii sugari au emisii de urină și fecale chiar în timpul mesei.

La fiecare schimbat, sugarul va fi spălat cu un colț de scutec umezit, apoi uscat prin tamponare. După scaun, pielea se spală cu apă călduță și apoi se unge cu ulei.

Scutecele murdare cu urină sau cu fecale se păstrează în gălețî separate, pînă la spălare și fierbere.

299. **P u d r a j u l.** Cu ocazia înfășatului se face pudrajul regiunii anogenitale și a plicilor, folosindu-se o cutie cu capacul perforat, niciodată pămătuful. La plici, pudra se aplică cu ajutorul unui colț de scutec uscat, pe care s-a depus un strat foarte subțire (vezi și punctul 293 E).

Cutia plină cu pudră nu este o jucărie pentru copii; ea se poate deschide, iar pudra poate fi aspirată în căile respiratorii ale copilului, determinînd moartea acestuia prin asfixie!

300. **Î m b r ă c a r e a s u g a r u l u i p e n t r u p l i m b a r e.** Dacă sugarul este scos pe balcon sau în grădină sau este dus la plimbare cînd vremea este rece, i se pune o jachetă de lînă și o căciuliță. Mulți sugari nu suportă lîna pe piele; de aceea, mama se va îngriji ca la gît, la manșete sau la

nivelul șnurului de la căciuliță, lîna să nu vină în contact direct cu pielea. Sugarul va fi apoi învelit cu o păturică de lînă sau o pilotă.

În zilele calde, însorite, sugarul nu va fi îmbrăcat cu obiecte de lînă. Vara, capul sugarului trebuie protejat de acțiunea directă a razelor soarelui sau de vînt cu o bonetă, o pălăriuță sau o șapcă de culoare deschisă și de dimensiuni adecvate sugarului.

301. Scoaterea afară la aer și soare. Pentru o dezvoltare normală a copilului de orice vîrstă aerul și soarele au o importanță deosebită. Oricine a îngrijit plante sau animale știe că acestea se ofilesc și nu se dezvoltă fără aer și raze de soare. Florile ținute în camere întunecate și neaerisite sînt galbene, veștede și plăpînde. Puii de animale ținuți numai în grajd rămîn mici, pipernicîți, cu oase subțiri, cu părul zburlit și friabil. Ceva asemănător se întîmplă și cu sugarii la care nu se asigură aer, lumină și soare. Și totuși sînt familii care în cursul iernii nu-și duc copilul afară săptămîni și chiar luni de zile, de frică să nu „răcească". Degeaba este îngrijit bine, este alimentat la sîn, este schimbat și îmbăiat la timp; dacă el nu beneficiază de aer curat și de raze de soare, se ofilește ca o floare.

Razele soarelui au o mare importanță în creșterea organismului copilului; cea mai importantă acțiune o au razele ultraviolete care favorizează sinteza vitaminei D (care se știe, previne apariția rahitismului). Razele soarelui pătrund și în cameră, dar în cantitate mult mai mică. Razele ultraviolete nu trec prin sticla ferestrei, iar fereastra deschisă nu înlocuiește în întregime o plimbare în aer liber. Copilul este dus afară nu numai pentru soare, dar și pentru mișcarea aerului (nu vîntul), trepidațiile și legănatul cărucioruluì, freamătul frunzelor arborilor de pe aleele unde este plimbat și variațiile de temperatură (care pe lîngă acțiune de călire, contribuie și la calmarea sugarului). Un copil ținut la aer curat este rezistent la infecții, crește bine, se îmbolnăvește mai greu și se vindecă mai ușor. Un organism călit se adaptează mai ușor la schimbările de temperatură: nu are guturai, nu se învinețește și nu tremură cînd este schimbat într-o cameră mai răcoroasă; îi place baia și se poate face duș de timpuriu.

Sugarul care beneficiază de aer curat (plimbare zilnică, somn pe o verandă etc.) doarme mult și liniștit, mănîncă mai bine, este vioi.

a) Nou-născutul poate fi dus afară? În primele patru săptămîni de viață, ființa umană are nevoie de condiții constante de mediu, cu temperatură de 20°—22°C, fără tulburarea somnului și fără schimbarea mediului sau a persoanei care îl îngrijește. Mama este încă lăuză și nu este bine să facă eforturi pentru a plimba nou-născutul. Acesta are nevoie în primul rînd de liniște și de alimentație la cerere, prînzurile fiind solicitate la ore neregulate. Variațiile de temperatură, mișcările de aer și radiațiile ultraviolete excită și suprasolicită nou-născutul.

În principiu, în timpul verii, nou-născutul la termen sănătos, poate fi scos afară după primele două săptămîni de viață, iar în cursul iernii la 4(6) săptămîni. Prematurii vor fi scoși afară vara după ce au împlinit 4 săptămîni de viață și au greutatea peste 2 500 g; în timpul iernii vor fi scoși la 8—10 săptămîni.

În primele luni de viață sugarul poate fi dus afară dacă în cameră este mai răcoare decît afară sau, invers, dacă în casă este zăpușeală, iar afară la umbră este mai plăcut. Bineînțeles, va fi plimbat în locuri ferite de vînt, de praf, iar vara, dacă temperatura este peste 22° C, va fi ținut numai la umbră.

b) Scoaterea afară se va face progresiv, cu prudență. Cele mai mari dificultăți în scoaterea afară se întîmpină cu sugarul care este ținut în camere supraîncălzite (peste 24° C) și neaerisite și/sau cu cei îmbrăcați prea gros („înfofoliți") cu bonete pe cap, cu jachete groase, cu flanele și înfășurați în pătură, cu brațele legate sub pătură.

Așadar, cu cît sugarii sînt mai mici și cu cît diferența dintre temperatura din cameră și cea de afară este mai mare, scoaterea la aer se va face cu mai multă prudență. În momentul cînd sugarul este scos afară va fi urmărit cu atenție: dacă plînge, dacă devine palid sau se învinețește, expunerea la aer va fi oprită. Cînd adoarme va fi observat cu atenție, deoarece nu ne putem da seama dacă îi este frig sau cald. În timpul iernii, dacă sugarul devine palid sau vînăt, iar picioarele se răcesc (dacă nasul și mîinile sînt reci nu înseamnă că i-a fost frig), va fi mai bine acoperit sau va fi readus în casă.

Există sugari care atunci cînd ajung afară devin palizi, dar sînt vioi, cu stare generală bună, iar membrele inferioare rămîn calde; acești sugari vor fi duși afară cu atenție, pe perioade foarte scurte la început, apoi mărite foarte încet și numai pe timp favorabil.

În timpul verii se urmărește dacă se congestionează la față, dacă transpiră și dacă se usucă buzele.

Cu prudență și numai cu recomandarea medicului se vor scoate afară și sugarii convalescenți sau bolnavi.

c) Din octombrie pînă în aprilie expunerea la aer se va face treptat. La început, sugarul va fi ținut în dreptul ferestrei deschise cîteva minute; în 3—4 zile se va ajunge la un sfert de oră, iar într-o etapă următoare timp de 6—7 zile va fi ținut în coșulețul plasat în apropierea ferestrei deschise timp de 1/2 oră. Abia după aceea, respectiv la vîrsta de 4—5 săptămîni va fi dus afară 5 minute la început, un sfert de oră, apoi 1/2 oră, și în sfîrșit 1—2 ore maximum. Sugarul sănătos, neînfofolit, ținut în camere constant și moderat încălzite (18—20° C) poate cu timpul să fie ținut afară pe ger (pînă la—5°C) timp de 2—2 1/2 ore. În caz de ger mare va fi scos pe perioade mai scurte, dar de două ori pe zi.

Sugarul va fi îmbrăcat cu două jachete de lînă și cu mănuși pe care să nu le poată scoate, iar pe cap i se va pune — peste boneta de bumbac — o căciuliță de lînă. Va fi învelit cu o cuvertură călduroasă de lînă sau o plapumă de puf. *Nu sîntem de acord ca să fie legat peste gură și peste nas*, deoarece frînează procesul de călire și stînjenește respirația. Fața trebuie să rămînă descoperită. În schimb, dacă afară este prea frig și sugarul este ținut mai mult la ger, se vor plasa în cărucior, de-a lungul membrelor inferioare, în afara îmbrăcămintii sugarului, două sticle cu apă caldă, bine înșurubate, avînd grijă să nu producă arsuri ale pielii sugarului prin scurgerea apei încinse sau prin plasarea recipientelor direct pe pielea sugarului.

Cînd este deosebit de frig, în plină iarnă, iar sugarul a început să pedaleze, să-și agite mîinile și/sau să se întoarcă pe o parte, acesta va fi pus într-un sac matlasat sau dintr-o țesătură de lînă, în care el poate să dea în voie din picioare și din mîini. În lipsa unui sac, va fi bine învelit, pînă la gît, cu o pătură groasă de lînă. Corect îmbrăcat și bine învelit, sub influența aerului rece și proaspăt, sugarul adoarme repede.

În timpul iernii, sugarul poate sta și la soare deoarece razele solare nu sînt atît de puternice încît să provoace insolații, în schimb sînt calde. Toamna, în unele zile călduroase din iarnă și primăvară, pe măsură ce vremea se încălzește, scoatem sacul și apoi mănușile și le înlocuim cu un jerseu

de lînă şi cu un sac mai subţire, numai pentru picioare. Apoi se scoate căciula menţinînd numai o bonetă, iar dacă afară este cald (peste 16° C) se renunţă atît la jerseul de lînă, cît şi la sacul de picioare, rămînînd cu o jacheţică obişnuită şi cu ciorapi-pantaloni sau pantaloni-salopetă.

d) **Primăvara şi vara.** Din lunile mai-iunie pînă prin septembrie, dacă este cald şi frumos, expunerea la aer se va face aşa cum s-a mai spus, dar mai precoce şi progresele pot fi mult mai rapide. După 2—3 săptămîni de viaţă sugarul va fi ţinut afară, din prima zi, 15 minute. Dacă nu este agitat şi nu se observă nici un semn alarmant în starea lui generală, sugarul va fi ţinut 30 minute în a doua zi, 1—2 ore în a treia, tot intervalul dintre două mese în a patra zi şi, apoi, dacă sînt posibilităţi, poate rămîne afară de dimineaţă pînă seara.

Cînd se face obişnuirea cu aerul, pentru a preveni arsurile feţei şi/sau supraîncălzirea (şoc caloric, deshidratare acută), nu este permisă expunerea directă la soare. Cînd afară este prea cald, sugarul va fi scos numai pe răcoare, de preferat dimineaţa între orele 7 şi 10, iar seara între orele 17 şi 20. Dacă temperatura exterioară este peste 27° C la umbră, sugarul va fi ţinut într-o cameră răcoroasă, sumar îmbrăcat şi i se va da să bea ceaiuri sau sucuri de fructe. Cînd soarele bate din plin pe un balcon protejat de un acoperiş şi de perdele sau pe o verandă cu geamuri, temperatura aerului poate atinge repede valori foarte înalte (pericol de supraîncălzire). De aceea, este bine să se controleze cu exactitate temperatura aerului.

Dacă este plimbat cu căruciorul prin locuri expuse direct la soare, fără umbră, se va pune pe capul sugarului o şapcă sau o pălăriuţă de culoare deschisă şi cu boruri mari, la nevoie se destinde coviltirul căruciorului. Se va avea grijă ca lumina prea puternică sau razele soarelui să nu-i vină direct în ochi, ci din spate spre faţă. Pentru a se obişnui mai uşor cu lumina şi soarele, sugarul nu va fi ţinut în camere întunecoase, cu perdelele sau jaluzelele trase.

Atît în casă, cît şi afară, sugarul nu va fi prea înfofolit şi nici strîns înfăşat, pentru a se putea mişca. Mîinile vor fi lăsate libere. Sugarul va fi îmbrăcat în costumaş — model salopetă — cu cămăşuţă. Pe măsură ce se încălzeşte afară, se lasă braţele descoperite (prin suflecarea mînecilor sau folosind cămăşuţe şi/sau jacheţele cu mînecuţă scurtă), apoi ciorapii-pantaloni se înlocuiesc cu pantalonaşi scurţi (sau chiloţi) şi botoşei; în continuare, dacă afară este foarte cald, se scot şi şosetele pentru ca tot piciorul să fie gol, iar sugarul rămîne îmbrăcat numai cu chiloţi, o cămăşuţă cu mîneci scurte şi — dacă soarele este prea puternic — cu o pălăriuţă pe cap. Pînă la 3 luni sugarul nu va fi dezbrăcat complet gol, cît este ţinut afară. La sugarul mai mare se scoate cămăşuţa, apoi pantalonaşii scurţi (chiloţii), ajungînd să stea gol la aer.

Împotriva înţepăturilor de insecte (ţînţari, muşte, albine, viespe, păianjeni) se poate pune o bucată de tifon pe coşul, patul sau căruciorul sugarului, iar la ferestre se plasează site. Să nu se uite că ambele metode împiedică circulaţia aerului, aşa că se va recurge la astfel de mijloace numai dacă într-adevăr există pericolul ca sugarul să fie înţepat de insecte.

e) **Pe ce vreme poate fi scos un sugar mic afară?** În general sugarii mici nu vor fi scoşi afară dacă este prea frig (sub minus 4—6°C), este vînt puternic, ploaie torenţială, ceaţă densă, iar în timpul verii — în zilele sau orele de caniculă.

Trebuie însă subliniat că şi la aceste interdicţii sînt necesare unele corectări:

— Iarna, chiar dacă este frig şi sugarul este sănătos şi obişnuit cu frigul poate fi scos afară, mai ales dacă a nins recent sau este un ger uscat, fără vînt şi ceaţă.

— Dacă este o ploaie liniştită, nu prea deasă, sugarul poate fi scos afară, cu un cărucior cu coviltir.

— În lunile de toamnă şi îndeosebi de iarnă se întîmplă ca săptămîni întregi să fie ceaţă sau nor; chiar şi pe o astfel de vreme ceţoasă şi/sau înnorată sugarul sănătos va fi scos la aer. Numai dacă ceaţa este prea densă este interzisă plimbarea.

— La schimbarea vremii, la vînt puternic (vijelie), sugarul nu este scos din casă. La adierea vîntului uşor de primăvară sau toamnă sugarul se simte bine.

f) **Orarul** *scoaterii la aer a sugarului este în funcţie de anotimp, de altitudine, de climă şi de timpul liber al părinţilor. Va fi scos afară în acea parte a zilei cînd temperatura de afară nu diferă prea mult de cea a camerei. Iarna va fi scos în jurul prînzului, în miezul verii — dimineaţa şi pe înserate, iar primăvara şi toamna — toată ziua, dacă timpul este frumos. Dimineaţa aerul este mai curat, cu mai puţin praf, iar în localităţile industriale — mai puţin poluat; de aceea se va prefera scoaterea afară a sugarului dimineaţa şi înainte de masa de prînz.*

La şes şi deal se va scoate după prima masă (7,30—11), la munte în jurul prînzului (10,30—12), iar pe litoralul Mării Negre între 7,30 şi 9,30 dimineaţa.

Ideal ar fi ca din primăvară pînă în toamnă, în zilele cu vreme favorabilă, sugarul să fie ţinut la aer toată ziua, să doarmă, să mănînce, să fie schimbat afară, urmînd ca numai baia să se facă în cameră. În timpul caniculei va fi ţinut afară numai dimineaţa şi seara. Cu cît se înaintează spre toamnă, se scade durata şederii afară, ajungînd ca în octombrie aceasta să fie de 3—5 ore.

În primele săptămîni de viaţă, va fi ţinut într-un coşuleţ aşezat pe o bancă în grădină, pe terasă sau în balcon. Vara se preferă un loc umbrit, răcoros, iar iarna — unul mai adăpostit, ferit de vînt, dar însorit.

Căruciorul serveşte atunci cînd sugarul este dus într-un parc. Dacă familia are o locuinţă cu grădină sau lîngă bloc sînt spaţii verzi, nu este necesară „plimbarea" cu căruciorul la distanţe mari. Astfel de plimbări pe teren uşor accidentat, prin locuri umbrite şi cu variaţii de decor se recomandă numai în cazul sugarilor agitaţi şi/sau cu tulburări de somn.

Criterii şi observaţii după care se stabileşte starea de sănătate a nou-născutului

302. Primul examen medical. La venirea din maternitate, cu prilejul primei vizite medicale (care este bine să se facă în comun de către medic şi sora de ocrotire) părinţii au pe buze ca primă întrebare: *este sănătos copilul nostru?* La marea majoritate răspunsul este da. Cum ajunge medicul la concluzia că nou-născutul este într-adevăr normal şi sănătos?

Examenul medical al unui nou-născut începe cu o convorbire care are ca subiecte evoluţia sarcinii şi desfăşurarea naşterii actuale[1]; istoria sarcinilor şi naşterilor anterioare; starea de sănătate a părinţilor şi eventual a rudelor apropiate; ce s-a întîmplat cu nou-născutul după naştere[1]. Este un adevărat interogatoriu, în care părinţii trebuie să fie sinceri, exacţi în răspunsuri, răbdători şi convinşi că mulţimea de întrebări ce se pun este în interesul sănătăţii copilului lor (vezi punctul 231).

[1] Toate aceste date sînt de obicei consemnate în biletul de externare al mamei şi în fişa de legătură a nou-născutului.

Înainte de a se începe examenul propriu-zis, atît medicul cît și mama se spală pe mîini. Așa cum s-a mai spus, examenul și îngrijirile sugarului se fac într-un mod comod pentru mamă și medic, pe o masă, un birou, un scrin/sau o masă de înfășat, mai înaltă și cu o suprafață corespunzătoare pentru așezarea sugarului și a obiectelor necesare pentru îngrijirea lui. Medicul sau sora de ocrotire, împreună cu familia, vor alege unde să se plaseze această masă (în apropierea patului sugarului într-o zonă luminoasă, aproape de o sursă de căldură și lipsită de curenți). Masa de înfășat se acoperă cu o pătură obișnuită, îndoită, deasupra căreia se întinde o bucată de mușama sau de material plastic, iar peste acestea un cearșaf mare împăturit în două sau în patru, astfel încît să acopere toată suprafața mesei. *Pe paturile scunde ale adulților, îngrijirile se fac incomod și obositor pentru mamă. Lăuza are încă dureri de spate, organele abdominale nu au revenit complet la locul dinainte de naștere, mai are încă scurgeri de sînge etc., toate acestea sînt întreținute de poziția aplecată, necesară pentru îngrijirea sugarului pe un pat scund. Înainte de a se dezbrăca nou-născutul, se închid ferestrele, iar mama și examinatorul își spală și încălzesc mîinile.*

Totul se desfășoară fără grabă, metodic, cu calm deplin, cu gesturi sigure, cu manevre simple și corecte. Mama va fi atentă la toate gesturile medicului sau sorei de ocrotire, pentru a face și ea întocmai.

Un bun observator sesizează foarte multe elemente de diagnostic înainte de a fi dezbrăcat nou-născutul. În timpul cît a discutat cu mama, în cadrul unei convorbiri făcute pe îndelete, la care participă toată lumea stînd pe scaun, medicul sesizează: starea psihică a mamei; dacă în familie există armonie și înțelegere; topografia locuinței; nivelul de civilizație și igienă al familiei; gradul de educație sanitară și de pregătire pentru rolul de părinți; înzestrarea sugarului; greșelile de plasare a mobilierului în vederea instalării mamei și sugarului etc. Aprecierile medicului și sorei de ocrotire despre sănătatea nou-născutului, organizarea îngrijirilor (dotare, orar, persoane etc.) vor fi adaptate particularităților familiei, gradului de instrucție, condițiilor materiale ale locuinței.

Între timp, medicul a fost atent la nou-născutul care urmează să fie examinat (dacă doarme, dacă este agitat; fața; poziția în care stă în pat; manifestări anormale). Ordinea examenului nou-născutului nu este aceeași ca la adult; nou-născutul este lăsat cît mai mult nemișcat; se face totul pentru ca el să nu țipe; manevrele mai brutale (auscultația regiunii spatelui, unele manevre în cadrul investigațiilor neurologice și examenul gurii) se fac la urmă.

Este normal copilul? Aceasta este întrebarea pe care a pus-o mama încă din maternitate. Indiferent de asigurările date de obstetricianul și de pediatrul din spital, familia rămîne multă vreme cu această întrebare obsesivă exprimată față de orice medic ce examinează copilul în cadrul familiei.

Acum, în familie, medicul și părinții (îndeosebi mama) au condiții optime pentru a observa și cunoaște noul venit. În paginile care urmează se va da o serie de noțiuni (unele mai complicate, este adevărat) ce pot fi utilizate pentru cunoașterea generală a sugarului și pentru depistarea unor manifestări anormale.

*

Un observator experimentat poate să-și dea seama de foarte multe lucruri despre nou-născut, doar privindu-l de la „picioarele patului": fața, modul cum respiră, poziția în care doarme, vigoarea țipătului. Relatările mamei sînt elemente ce ajută pe medic să-și formeze o primă opinie despre starea de sănătate a nou-născutului. Pentru stabilirea stării de sănătate trebuie observate și urmărite în desfășurarea lor caracteristicile fizice și fiziologice.

Cel mai fin și prețios observator rămîne mama, care, în marea ei dragoste pentru copil, este mai atentă decît oricine la toate manifestările acestuia. Rămînînd tot timpul cu el, mama are prilejul să-l urmărească în toate situațiile normale (alimentație, baie, somn, înfășat etc.) sau anormale (înțepenire, învinețire, vărsături etc.). Uneori, apar reacții trecătoare ale nou-născutului și sugarului, care pot surprinde o mamă neinițiată.

Este nevoie ca, în această epocă de progres, adulții să fie înarmați cu cunoștințe temeinice, aprofundate, privind atribuțiile lor de părinți. Creșterea unui copil nu mai constituie o problemă de instinct, de tradiție sau de meșteșugărism îngust. Cînd orice tînăr are atîtea cunoștințe din toate domeniile, cînd instruirea de bază în țara noastră durează 10 ani de școlarizare, credem că se poate pretinde ca părinții să dețină un bagaj de noțiuni de un nivel mai înalt, absolut necesar celei mai firești misiuni ale unei existențe umane: creșterea și educația urmașilor.

Creșterea și dezvoltarea nou-născutului

303. Creșterea în greutate. Se știe că la naștere greutatea medie a unui nou-născut este de 3 000—3 500 g. După recuperarea scăderii fiziologice în greutate, cei mai mulți nou-născuți cresc cu cîte 25—30 g pe zi. Există însă și variații individuale.

Deoarece majoritatea nou-născuților scad în greutate, în primele zile după naștere, cu circa 5—10% din greutatea inițială, ei trebuie să recupereze această pierdere, înainte de a crește în greutate. Aceasta înseamnă că, în mod normal, în prima lună creșterea este de 500—550 g, adică la o lună sugarul cîntărește 3 600—4 000 g. Bineînțeles că progresul ponderal depinde atît de greutatea de la naștere, cît și de scăderea fiziologică în greutate.

Din motive didactice, în manuale este scris că nou-născuții cresc cu 750 g în prima lună. În practica de toate zilele acest salt ponderal este rareori întîlnit: de aceea, mamele și surorile de ocrotire nu se vor alarma dacă sporul ponderal al sugarului nu atinge 750 g în prima lună de viață.

a) Creșterea zilnică este neregulată. Creșterea de 30 g/zi reprezintă numai o medie calculată din totalul greutăților din mai multe zile. Greutatea nou-născutului variază mult de la o zi la alta. Micile neregularități se compensează de la sine.

b) Cît de des se cîntărește? Nou-născutul nu trebuie cîntărit zilnic. Este suficient un singur control pe săptămînă, făcut totdeauna la aceeași oră și cu același cîntar. Oscilațiile în greutate pot declanșa probleme nejustificate în familiile anxioase.

Dacă este vorba de un nou-născut prematur, subponderal sau bolnav, sînt necesare cîntăriri mai frecvente.

Dacă există cîntar în casă, este bine ca prima cîntărire să se facă în ziua sosirii de la maternitate, pentru că există uneori diferențe importante între cîntare.

Cifrele constatate la fiecare cîntărire se notează într-un carnet (caiet) întocmit de mamă după indicațiile medicului.

c) La naștere, nou-născutul **măsoară 50—52 cm**; în prima lună el crește cu 2—4 cm.

Pielea

304. Pielea nou-născutului este catifelată și elastică. Cînd se pipăie sau se apucă între degete pielea împreună cu țesutul grăsos de sub piele, avem o senzație plăcută de țesut în stare de tensiune, elastic, ce revine repede la starea inițială. Este ceea ce medicii numesc *„turgor"* (vezi punctul 20.b).

a) La nou-născuţii prematuri, la sugarii cu diaree gravă, la distrofici, *turgorul* este mult diminuat sau dispare cu totul; pielea este moale, flascä, dacă se apucă o cută („plică") de piele, mai ales de pe abdomen, aceasta „persistă" astfel cîteva secunde (dispare lent) în caz de deshidratare.

La nou-născuţii din sarcină depăşită, la cei care au suferit în perioada intrauterină, turgorul este de asemenea diminuat, iar pielea poate fi zbîrcită, încreţită. Conţinutul excesiv în apă, mergînd pînă la apariţia de edeme, poate sugera în mod greşit, la prematur, un turgor bun. Dar suprafaţa cutanată este lucioasă, ţesutul de sub piele este moale, la apăsare rămîne urma degetului. Pielea nou-născutului reacţionează foarte uşor la excitanţii externi. Dacă se excită cu degetele examinatorului o zonă oarecare a pielii, pot apărea pete mari roşii pe o parte a corpului mai mult decît pe cealaltă. Această reacţie cutanată exagerată se datoreşte probabil unor deficienţe a reglării circulaţiei sanguine; dispare în cîteva luni. În timpul somnului, nou-născutul este de obicei mai palid decît în stare de veghe, în special în jurul gurii.

b) După dispariţia stratului de grăsime *(vernix caseosa)* (vezi şi punctul 209) pielea suferă un proces de desicaţie (uscare) şi, ca urmare, se descuamează în lamele mai mari sau mai mici (uneori ca tărîţele). În general, culoarea roz sau roşie (eritrodermia nou-născutului) dispare după primele zile de viaţă. La prematuri poate fi mai pronunţată şi se menţine mai multă vreme.

Uneori, după revenirea din maternitate, fie în urma contagiunii de la alţi copii, fie prin folosirea de lenjerie murdară, fie pentru că nu se face corect toaleta pielii, apar infecţii ale pielii sub formă de pustule, mici abcese sau chiar furuncule, care necesită îngrijiri corecte şi tratament medical prompt.

c) *Culoarea gălbuie a tegumentelor* din primele zile de viaţă este expresia icterului fiziologic (vezi punctele 220, 322).

d) *Culoarea albăstruie (cianoza) a feţei şi uneori şi a extremităţilor* (mîinilor şi picioarelor), accentuată după ţipete, pune unele probleme în ceea ce priveşte sănătatea copilului, aşa că trebuie înştiinţat de îndată medicul.

La cei la care naşterea a fost dificilă (prelungită, manevre obstetricale speciale, aplicarea de forceps) se pot constata leziuni superficiale ale pielii (roşeaţă, vineţeală, necroză de presiune) pe cap, faţă, alte zone ale corpului (pe fese în caz de prezentaţie pelviană), dar acestea trec în cîteva zile.

e) *Petele roşii* sub formă de „fragă roşie de pădure", de diferite dimensiuni, una sau multiple, se întîlnesc relativ frecvent; mai tîrziu pot fi tratate cu succes de dermatolog. Poartă numele de *hemangioame*.

f) Pe frunte, pleoapele superioare, ceafă, mai rar pe nas, se observă uneori pete roşii neproeminente date de aglomerări şi dilatări de vase capilare sanguine. Aceste zone roşii („pete vasculare", *naevus flammens*, „ciupitura berzei") se accentuează cînd nou-născutul ţipă. *De regulă, dispar în primul an de viaţă.* Numai în mod excepţional cele care sînt la nivelul rădăcinii nasului sau pe frunte se şterg aparent, dar rămîn toată viaţa, devenind abia vizibile în timpul emoţiilor sau eforturilor, cînd se congestionează.

g) *Eritemul toxic* (vezi punctul 223).

h) *Sudamina* sau „roşeaţa de căldură" apare mai ales dimineaţa (şi dispare după-amiază), sub forma unor mici ridicături roşii cu vîrful albicios; se datoreşte acumulării de transpiraţie. Poate duce la inflamaţia pielii cu roşeaţă difuză, mai ales pe la cutele pielii. Este bine să nu fie tratată. Aplicaţia de creme agravează acumularea de sudoare în canalele sudoripare şi fenomenul se accentuează. Singurul tratament este evitarea căldurii în exces şi, cel mult, pudraj cu talc simplu. Părinţii trebuie să se obişnuiască cu aceste erupţii. Sugarul este mai puţin afectat decît părinţii!

i) *Eritemul fesier („opăreala" sau iritaţia).* Deşi este expus pe larg şi la punctele 292, 294, fiind „incidentul" pe departe cel mai frecvent şi mai supărător în primele săptămîni de viaţă, vom face şi aici mici sublinieri.

Cînd revine de la maternitate, mama este mirată că nou-născutul are o „iritaţie la funduleţ". Aceasta *nu înseamnă că nu a fost îngrijit cum trebuie*, ci numai că pielea lui are nevoie de o atenţie deosebită. Roşeaţa este limitată cîteodată la regiunea anală, dar se poate întinde la regiunea genitală şi la partea superioară a coapselor. Această roşeaţă este produsă de cele mai multe ori de cauze locale:

— Scaune acide şi dese, mai ales la sugarii alimentaţi la sîn sau cu preparate adaptate (Humana, Similac). Medicul pediatru va indica, poate, o pomadă izolantă care să protejeze pielea sugarului. S-ar putea să recomande şi un medicament care să fie dat pe gură pentru a corecta tendinţa la scaune acide, semilichide.

— Folosirea, rău suportată, de chiloţi din cauciuc sau din plastic, utilizarea de detergenţi prea energici la spălarea scutecelor şi/sau „limpezirea" insuficientă după spălare şi fierbere (trebuie „trecute" prin mai multe „ape limpezi").

Dacă eritemul persistă sau se agravează, trebuie consultat medicul care va stabili dacă nu este vorba de o infecţie intestinală sau cutanată (cu microbi sau ciuperci microscopice). S-ar putea să fie vorba de o reacţie specială a pielii care cere îngrijiri prelungite (alergie etc.).

Pentru evitarea unor greşeli ce se fac frecvent, *insistăm* cu următoarele sfaturi:

— *cel mai bun remediu pentru prevenirea şi tratamentul eritemului fesier este să se lase descoperite, în contact cu aerul, regiunea feselor, organelor genitale şi coapselor de mai multe ori pe zi, avînd grijă ca temperatura camerei să fie în jur de 22°C;*

— să nu se înţarce sugarul şi să nu se adauge alt lapte pe motiv că nu este bun laptele de mamă;

— să nu se folosească medicamente pentru tratamentul local şi general decît la sfatul medicului;

— să se fiarbă şi să se limpezească bine lenjeria sugarului.

j) *Crustele („cojile") de pe pielea capului.* Pe pielea capului şi (rar) pe sprîncene se formează adesea cruste (coji). Ele nu au *nimic grav*, nu sînt produse de o lipsă de curăţenie. În limbaj medical poartă denumirea de „seboreea capului" sau „cruste seboreice". Este manifestarea cea mai frecventă şi — pare-se — cea mai uşoară a aşa-numitei dermatite seboreice. Aceasta este o stare particulară a pielii ce se manifestă îndeosebi în primele săptămîni de viaţă şi constă în secreţia excesivă de substanţe grase, producerea de scuame şi înroşirea pielii.

Crustele seboreice se localizează mai ales în regiunea parietalelor şi a fontanelei mari. Depozitele pot fi atît de masive, încît să ducă la formarea unui strat compact, gros, grăsos, aderent, uneori urît mirositor. Prin desprinderea brutală a cojilor iese la iveală pielea roşie, iritată, cîteodată chiar zemuindă. Astfel de coji (în strat subţire, cu fragmente mici) se pot forma şi pe sprîncene sau în zonele din spatele pavilioanelor urechilor.

Cînd cojile sînt subţiri sau fragmentate se pot înlătura după baie cu o perie de păr, mînuită foarte blînd şi foarte delicat. Cînd stratul crustos este compact şi recidivant se aplică cu 10—12 ore înainte de baie o vaselină simplă sau unguent salicilic 0,5—1% şi se spală încetişor şi meticulos cu mîna de

3—4 ori pe săptămînă cu apă săpunită. Reamintim că regiunea fontanelei nu este fragilă şi poate fi spălată ca şi restul pielii capului. În cazurile de seboree recidivantă pe sprîncene şi după urechi, rezultate bune se obţin în multe cazuri cu produsul „Locacorten".

k) *Panariţiul*. Este vorba de mici colecţii de puroi de pe lîngă unghii. Aceste leziuni trebuie semnalate medicului, pentru că pot fi punctul de plecare al unei infecţii mai serioase. Pînă la venirea medicului nu se storc şi în general nu se face nimic, cel mult se pun comprese sterile îmbibate în soluţie 1‰ de Rivanol.

l) *Muguetul (stomatita albicantă, „mărgăritărelul")*. Este vorba de pete alburii mai mult sau mai puţin confluente, localizate pe mucoasa gurii, care devine roşie. Cîteodată se însoţesc de dificultăţi la supt şi de agitaţie. Prin ele însele nu sînt periculoase, sînt date însă de o ciupercă microscopică *(Oidium albicans)*, care se poate propaga la distanţă (intestin).

Ca mijloc de prevenire se recomandă: fierberea biberoanelor şi tetinelor, spălarea sînilor mamei de mai multe ori pe zi, fierberea lenjeriei. Dacă au apărut deja forme de *muguet*, pe lîngă măsurile de mai sus, la recomandarea medicului şi sub îndrumarea sorei de ocrotire, se fac spălături ale gurii (cu o pompiţă) cu soluţie de bicarbonat de sodiu şi se picură o suspensie de glicerină cu stamicină în gură (nu se badijonează şi nu se pune glicerină boraxată).

m) *Petele albe pe gingii*. Cîteodată, se observă pe marginea gingiilor nou-născutului, puncte mici albe ca la un început de erupţie dentară, dar care nu agaţă vîrful degetului cînd pipăim gingia. Sînt mici *chisturi* care dispar singure cu timpul. Nu trebuie să le confundăm cu cele două mici pete albe dinapoia maxilarului inferior, în dreapta şi în stînga, care reprezintă amprenta sub mucoasa faringiană a unor mici ieşituri osoase normale („pete pterigoidiene").

Pentru celelalte manifestări anormale ale pielii vezi punctele 872—876.

Scaunele nou-născutului

305. Aspectul scaunelor nou-născutului alimentat la sîn. La punctul 225 s-a vorbit despre scaunele din primele zile (meconiu).

Scaunele (materiile fecale) nou-născutului sînt moi, păstoase, uneori chiar subţiri, cu miros aromat (acrişor). Au culoare galben-aurie sau galben-verzuie. În contact cu aerul devin verzui.

a) Numărul scaunelor este relativ variat, în medie de 1—3 pe zi. Unii sugari au scaune şi mai numeroase (pînă la 6—7 pe zi la fiecare supt), iar alţii sînt „constipaţi" (1 scaun la 2 zile).

În ambele situaţii nu se ia nici o măsură, dacă creşterea în greutate este normală.

b) Scaunele nou-născutului alimentat artificial sînt mai voluminoase, de obicei mai consistente şi bine „legate". Culoarea variază în funcţie de laptele utilizat, de la galben-deschis pînă la maroniu. Mirosul este înţepător, urît, uşor putrid. La sugarul alimentat artificial, se urmăreşte cu atenţie consistenţa scaunelor: în caz de îmbolnăvire, consistenţa modificată a scaunelor (apoase, grunjoase etc.) poate furniza informaţii preţioase.

Numărul scaunelor este mai mic decît la sugarii alimentaţi natural. Cei mai mulţi sugari au 1—2 scaune pe zi. În caz de alimentaţie cu lapte praf adaptat (Humana, Similac), scaunele sînt, în general, mai moi.

306. Urina. Prima micţiune (emisiune de urină) are loc imediat după naştere. Urina emisă în primele zile lasă adesea pe scutece o pată roşie-cărămizie; nu este dată de sînge ci de sărurile din urină (uraţi). Este un fenomen fără importanţă şi dispare, de altminteri, în 5—8 zile.

În primele 3—4 zile micţiunile sînt rare. Pe măsură ce suge mai bine, numărul de micţiuni creşte pînă la 8—15—18 în 24 de ore. Cînd numărul de micţiuni este mai mic de 5 în 24 de ore, nou-născutul are nevoie de o cantitate mai mare de lichide.

307. Temperatura. Nou-născutul nu-şi poate regla temperatura corpului, care este puternic influenţată de variaţiile mediului înconjurător. Dacă este lăsat prea multă vreme gol sau dacă se prelungeşte prea mult baia, temperatura sugarului coboară mult. În caz de exces de căldură (prea gros îmbrăcat, patul aşezat lîngă un calorifer încins, sticle cu apă fierbinte sau perne electrice, zile călduroase de vară etc.) temperatura rectală creşte peste 38°C. Primul gest, în astfel de situaţii, este să se dea nou-născutului să bea lichide din abundenţă (soluţie de glucoză 5%, ceai de plante îndulcit cu o linguriţă de zahăr pentru fiecare 100 ml).

Dacă temperatura creşte brusc, se menţine peste 37,8°C—38°C şi se însoţeşte de modificări ale stării generale (trist sau agitat, refuză să mănînce, tuse etc.), constituie un semn de boală şi trebuie consultat medicul. Pînă vine medicul pe lîngă administrarea de lichid, i se poate pune 1/2 supozitor de Paracetamol pentru sugari. Temperatura normală la nou-născut este în jur de 37°C.

308. Respiraţia. Chiar din primele zile mama este preocupată uneori de unele variaţii în modul cum este conformat toracele („pieptul") şi cum respiră nou-născutul.

a) *Forma toracelui* este de obicei cilindrică. Adesea există mici deformări: sternul proiectat înainte, toracele în „carenă" (fund de corabie), regiunea xifoidiană înfundată etc. *Mameloanele* trebuie să fie simetrice, palpabile şi cu diametrul mai mare de 1 cm. Dacă nu se simt sau au dimensiuni sub 0,5 cm înseamnă că este născut cu mult înainte de termen. Existenţa unei umflături a mameloanelor (la nou-născutul la termen) este dovada „crizei genitale" datorită modificărilor hormonale la naştere (vezi punctul 221).

b) *Calitatea respiraţiei* se apreciază în mare măsură prin „inspecţie" (observînd pe nou-născut cum respiră). Respiraţia este de tip „abdominal", numărul şi amplitudinea respiraţiilor se apreciază observînd cum şi de cîte ori se ridică şi se coboară pe minut abdomenul şi partea inferioară a toracelui. *Frecvenţa respiraţiilor* variază după activitatea fizică (supt, plîns), starea de veghe sau de somn. În repaus ea nu trebuie să depăşească 40—50 respiraţii pe minut. Orice ritm respirator neregulat sau cu o frecvenţă care depăşeşte 50 pe minut este considerat ca expresie a unei insuficienţe respiratorii (a cărei cauză trebuie căutată de către medic).

309. Aparatul cardiovascular. Aprecierea funcţionării inimii şi a circulaţiei sîngelui în vase se face numai de către medic.

310. Abdomenul este uşor balonat. O mică *hernie ombilicală* este frecventă şi banală. Chiar dacă este mai voluminoasă, fixarea cu leucoplast sau cu bănuţ este inutilă: de obicei în cîteva luni se vindecă singură.

311. Organele genitale la băieţi. Scrotul este mai mult sau mai puţin plisat („zbîrcit") în funcţie de vîrsta gestaţională. Testiculii sînt în poziţie variabilă, mobili, fie în burse, fie mai sus în canalul inghinal. Adesea par anormal de voluminoşi. Cîteodată se remarcă o mică acumulare de lichid

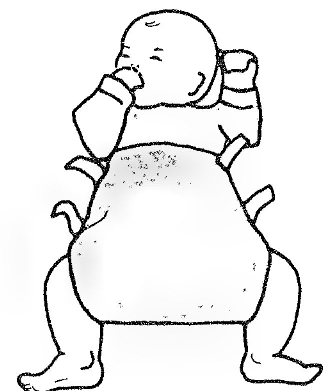
în sacul scrotal (hidrocel), care se va resorbi în cîteva săptămîni sau chiar și mai tîrziu. De foarte multe ori testiculii sînt asimetrici, ceea ce duce la interpretări abuzive. Mărimea penisului este diferită; se va controla poziția orificiului prin care este eliminată urina, starea prepuțului (pielea care acoperă glandul). *Fimoza (îngustimea prepuțului) este considerată ca fiziologică la naștere; chiar dacă nu se poate face decalotarea (retragerea pielii pentru a dezveli glandul), dar jetul urinar este continuu și fără efort, nu sînt motive de îngrijorare.* Numai cînd prepuțul devine roșu, iritat, este anunțat medicul.

312. Organele genitale la fetițe. Labiile mari sînt mai puțin dezvoltate la fetițele născute înainte de termen. Medicul apreciază mărimea clitorisului, gradul de fuziune al labiilor mari, orificiul vaginal și uretral, distanța dintre anus și vulvă. În general, medicul examinează cu mare atenție organele genitale externe deoarece, pe lîngă sindroamele malformative genitourinare locale, simple, unele anomalii cromosomice și/sau endocrine se manifestă prin modificări genito-urinare.

Examenul membrelor

313. Anomalia cea mai de temut este **o luxație congenitală de șold**, care poate fi unilaterală (de o singură parte) sau bilaterală.

Șoldul este „luxabil" datorită întîrzierii dezvoltării capului femural, laxității articulare și oblicității boltei cotiloidului. Anomalia este mai frecventă la fetițe. Este important să fie descoperită cît mai precoce. Cu toate că sînt cîteva semne clinice prețioase (manevra Ortolani), această deformare poate „scăpa" chiar unor medici experimentați. Semnele clinice pot lipsi la naștere, apărînd oricînd în primele 6 luni de viață. Uneori, numai urmărirea în timp și radiografia șoldului precizează diagnosticul. Dacă mama observă diferențe în modul cum își mișcă membrele inferioare în articulația șoldului, asimetrii de poziție și de flexie ale coapselor, dificultăți cînd încearcă să roteze sau să îndepărteze membrul inferior, va consulta pe medicul pediatru și pe un ortoped de copii. La 4 luni semnele clinice sînt mai bine conturate, dar diagnosticul este deja tardiv. O acțiune de prevenire și de corectare a defectelor ușoare („displazii fruste") se obține prin culcarea pe burtă a sugarului sănătos, precum și prin înfășare cu un scutec lat între picioare, astfel încît coapsele să fie în abducție (depărtate).


Fig. 93—Sistem special de înfășat în displazia de șold frustă.

Descoperirea unui șold luxabil impune un tratament imediat. Acesta constă în îndepărtarea (abducție forțată) a coapselor la 90°, tot timpul („24 de ore din 24 de ore"), timp de mai multe luni, dacă este posibil prin mijloace ușoare și bine suportate:

— o pernă specială fixată de un chilot prevăzut cu bretele (fig. 93);

— o atelă cu inele care cuprinde strîns coapsele și le reunește printr-o tijă de lungime variabilă;

— în cazurile mai grave sau în care părinții nu respectă tehnicile mai sus amintite, se aplică aparate gipsate ce se schimbă periodic în poziții care să

corecteze deformarea în mod definitiv. Normalizarea deformărilor înnăscute ale șoldului este cu atît mai rapidă, cu cît depistarea și tratamentul survin mai precoce. Această atitudine trebuie păstrată cel puțin 6 luni, mai întîi și ziua și noaptea, apoi numai noaptea. Trebuie să se facă o radiografie — atît înainte cît și după începutul mersului — pentru a verifica poziția bună a capului femurului în scobitura articulară. Cînd diagnosticul este făcut mai tîrziu (6—10 luni), luxația necesită un tratament lung și complex: 6—10 săptămîni de imobilizare completă, șoldul fiind în extensie continuă, apoi 4—6 luni de imobilizare în aparat gipsat și, adesea, o corecție chirurgicală. Mai tîrziu, tratamentul devine mult mai delicat, iar rezultatele rămîn nesigure.

Am insistat asupra acestei anomalii, deoarece am întîlnit părinți care sînt nedumeriți și greu de convins că diagnosticul și tratamentul luxației congenitale de șold implică dificultăți de diagnostic clinic, radiografii repetate și mai ales colaborarea lor pentru a pune în practică un tratament așa de lung și de chinuitor pentru copil.

b) **Curbura membrelor inferioare** este uneori prea marcată, mai ales la nivelul regiunii de jos a tibiilor; se datorește poziției din uter și se corectează spontan în cîteva săptămîni.

c) **Anomaliile de poziție ale picioarelor** sînt frecvente. La naștere, vîrful piciorului este de obicei deviat înăuntru *(varus)* și rareori îndoit spre spate *(valgus)*. Deformările sînt numai de poziție și se reduc cu ușurință prin manevre blînde și repetate. Se pot vedea, de asemenea, atitudini minore de picior strîmb *(varus equin, talus valgum)* ușor de corijat, și revenirea spontană la normal în cîteva săptămîni după tratamentul recomandat de ortoped.

Toate atitudinile vicioase ce nu se reduc trebuie încredințate foarte repede grijii ortopedului, cu radiografie a picioarelor și a șoldurilor, pentru măsuri de corectare precoce.

d) **Malformațiile degetelor de la mîini sau de la picioare,** capătă din ce în ce mai mult interes din punct de vedere genetic: polidactilie (mai multe degete), sindactilie (lipirea degetelor), anomalii ale dermatoglifelor (amprente palmare) intră în descrierea tuturor aberațiilor cromosomice. Radiografiile pot preciza diferite anomalii ale falangelor sau oaselor mici de la mînă sau picior.

314. Detectarea bolilor metabolice. Ține aproape în exclusivitate de resortul medicului, care la examenele clinice încearcă să depisteze orice manifestare anormală (discretă sau care apare cu timpul). Amintim despre această problemă și într-o carte adresată părinților din 2 motive: a) din cauza numărului mare și frecvenței acestor boli, care de cîțiva ani capătă un loc tot mai mare în bolile nou-născutului; b) există posibilitatea (pentru unele dintre ele) de a se preveni urmările nefaste printr-un regim dietetic corespunzător, instituit cît mai curînd posibil (chiar din primele zile de viață) și care trebuie urmat ani și ani de zile.

Dăm ca exemplu fenilcetonuria care este o boală metabolică decelabilă, grație efectuării testului Guthrie tuturor nou-născuților la vîrsta de 4—5 zile. Copiii se nasc normali, dar ulterior urmează o deteriorare progresivă, dominată de întîrziere mintală gravă. Tratamentul constă în instituirea unei alimentații săracă în fenilalanină.

Părinții sînt datori să relateze medicului toate antecedentele deosebite din familie (decese neexplicate de nou-născuți, avorturi spontane, rude cu boli moștenite etc.). După naștere mama va relata medicului orice manifestare anormală ce apare la nou-născut, de la cele nervoase (cele mai grave și mai frecvente) pînă la cele digestive (în general mai ușor de corectat, cu colaborarea unor părinți conștienți și perseverenți).

315. Craniul. Oasele craniului nou-născutului nu sînt complet sudate, ci sînt despărțite prin niște șanțuri, care se simt la palpare, în special la prematuri și la hidrocefali. Aceste șanțuri poartă numele de *suturi*. La locul de întîlnire al oaselor craniului nou-născutului, rămîne cîte o mică zonă fără substanță osoasă, la nivelul căreia creierul este acoperit de învelișurile sale și apoi direct de piele. Aceste spații sînt numite *fontanele*. Prin palparea craniului, se pot simți 2 fontanele (fig. 94):

a) La locul de întîlnire al osului frontal cu cele două parietal: *fontanela mare sau anterioară*, numită popular *„moalele capului"*. Fontanela anterioară are formă rombică în general, cu diametre de cîte 2 cm (în cele două sensuri).

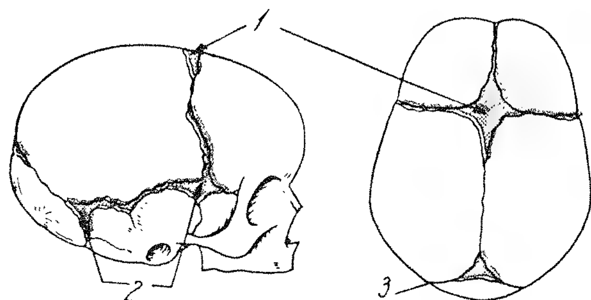


Fig. 94 — Craniul nou-născutului:
1. fontanela anterioară; 2. fontanela laterală, 3. fontanela posterioară.

Pornind de la fontanela anterioară înapoi se poate urmări sutura sagitală, iar înainte sutura metopică; ambele nu sînt închise la naștere. Din cele 2 unghiuri laterale ale fontanelei anterioare se simte sutura coronară. Dacă fontanela anterioară este minusculă (cît pulpa unui deget) sau foarte largă (4—5 cm) în ambele sensuri, ea se socotește tot normală.

Fontanela mare se închide mai tîrziu, de obicei între 6 și 18 luni. Fontanela mare capătă dimensiuni și mai mari în hidrocefalie și în unele tulburări de osificare. Dacă fontanela mare este sub tensiune (cînd copilul este în repaus) și bombează, se bănuie o creștere a presiunii intracraniene (hidrocefalie, meningită etc.).

Cînd fontanela anterioară este deprimată la nou-născut și se asociază cu diminuarea turgorului, constituie un semn de sarcină depășită (supramaturare) sau de distrofie intrauterină. La sugar, deprimarea fontanelei asociată cu diminuarea turgorului se întîlnește în situații cu pierderi mari de lichide: diaree, vărsături, șoc caloric.

Cînd nou-născutul țipă, fontanela bombează puțin (fenomen normal!).

b) La locul de întîlnire al oaselor parietale cu osul occipital se poate simți *fontanela posterioară, fontanela mică sau triunghiulară*. Se închide foarte repede. Este mai mică. Adesea aceste oase au marginile așa de apropiate, că între ele nu lasă nici un spațiu.

316. Oasele. După ce medicul notează dimensiunile și starea de tensiune a fontanelelor, apreciază consistența și elasticitatea oaselor craniului. În mod normal, oasele craniului prezintă spre margini (uneori și în zona boltită), o consistență mai elastică. Consistența prea moale sau lipsa de consolidare la nivelul suturilor se întîlnește excepțional de rar.

Deformarea craniului este mai accentuată la nou-născuții cu greutate mare. De obicei, craniul este mai mult sau mai puțin alungit; forma și alungirea într-o zonă anumită sînt în funcție de „prezentația" craniului la naștere. Aceste deformări dispar într-o perioadă destul de scurtă, nu necesită tratament.

În cursul nașterii, considerată ca normală, pot surveni numeroase mici incidente mecanice la nivelul craniului; acestea au ca efect diferite deformări sau leziuni traumatice, care în majoritatea lor sînt banale.

a) Modelarea craniului. Nou-născutul extras prin cezariană, înaintea oricărui început de travaliu, se naște cu un cap rotund, foarte simetric. Cei care se nasc în prezentație cefalică („cu capul înainte") au totdeauna la naștere un oarecare grad de modelaj al craniului („craniu configurat"). Oasele craniului sînt destul de maleabile, iar suturile și fontanelele suficient de suple pentru a permite încălecări importante, simetrice sau nu. Încălecarea cea mai banală este cea a unui parietal pe celălalt, la nivelul suturii sagitale sau a parietalelor pe frontal sau occipital. Aceste încălecări sînt frecvente, durează adesea de la cîteva ore la cîteva zile, după care fontanelele își reiau rapid forma și suprafața reală. Cînd deformările sînt foarte accentuate și se asociază cu o istorie obstetricală dificilă, necesită o observație neurologică din partea medicului.

b) Deformația cea mai obișnuită a craniului în prezentație cefalică este o alungire a boltei craniului („dolicocefalie") foarte accentuată, cu un craniu „în căpățînă de zahăr". Din contra, în cursul prezentației pelviene, creștetul capului („vertexul") este turtit, iar protuberanța occipitală (ieșitura osoasă a oaselor occipitale) este proeminentă. Se pare că această deformare se datorește mai mult poziției în uter și nu modelajului nașterii. Cînd capul nou-născutului a fost flectat multă vreme pe un umăr, se constată poziția asimetrică a maxilarului (sau chiar a nasului). În mod obișnuit, această deformare este fără importanță și dispare în cîteva săptămîni sau luni.

Rareori, o presiune puternică și prelungită a capului pe umăr antrenează o paralizie facială.

c) Bosa serosanguină este o umflătură a pielii capului. Este produsă prin edem (infiltrație cu un lichid seros a pielii capului și a țesutului de sub piele), congestie vasculară (aflux de sînge) și uneori însoțită de echimoze (pată neagră-vînătă la început, apoi galbenă) și de peteșii (mici pete hemoragice). Bosa serosanguină își are sediul la nivelul „prezentației", adică în regiunea care a suferit cea mai mare presiune în cursul nașterii. Dacă umflătura este moderată și făcută din edem simplu, dispare în 24—48 ore. Dacă este ca o contuzie (hemoragică) se resoarbe mai încet, în cîteva zile. Cînd este foarte mare, se poate însoți cu hemoragie sub piele importantă întinzîndu-se spre gît (în caz de bosă occipitală).

d) Cefalhematomul. Datorită compresiunii exercitate în cursul trecerii prin canalul pelvigenital sau/și al manevrelor obstetricale, se poate produce o ruptură a vaselor sanguine subperiostale ale oaselor craniului, ducînd la constituirea unui *cefalhematom*. Umflătura este situată, de regulă, la nivelul oaselor parietale, mai rar la occipital. Diagnosticul se face cu oarecare întîrziere, deoarece, pe de-o parte, revărsatul sanguin subperiostal crește în cursul primelor 24 de ore, iar pe de altă parte, percepția acestei colecții lichidiene poate fi jenată în primele ore de bosa serosanguină, care o însoțește frecvent. Zona fluctuentă este foarte bine limitată, cu o margine bine conturată la periferia sa, care reprezintă zona de dezlipire a periostului. Astfel, prin definiție, cefalhematomul nu poate încăleca o sutură craniană, contrar bosei serosanguine. Constatarea unui astfel de cefalhematom ne obligă (medic și părinți) să supra-

veghem dimensiunea și consistența tumefacției mai ales în primele săptămîni de viață. Umflătura este fluctuentă, dar cu o consistență mai puțin fermă decît bosa serosanguină. Uneori se găsesc, concomitent, 2 și chiar 3 cefalhematoame. Rareori, cefalhematomul este însoțit de fisuri osoase. Evoluția este prelungită de mai multe săptămîni (6—12) pînă la resorbția completă a colecției de sînge. În general, nu necesită tratament, ci se așteaptă să se resoarbă spontan. Tratamentul chirurgical preconizat de unii nu este lipsit de riscuri (infecție etc.).

Amintim aici, cîteva modificări patologice de formă a capului cu semnificație serioasă:

e) **Microcefalia** (craniu mic). Perimetrul cranian este mai mic decît în mod normal.

f) **Hidrocefalia** (excesul de lichid din craniu) se caracterizează prin mărirea vizibilă a regiunii frontoparietale, circumferința craniului mult crescută, fontanele mari, suturi larg deschise și accentuarea desenului venos epicranian. Se întîlnește în malformații ale creierului, după infecții intrauterine sau fără o cauză decelabilă.

317. Fața nou-născutului este inexpresivă. Unele mișcări sau contracții ale mușchilor feței (grimase) sau ale gurii nu sînt „zîmbete“, cum le categorisesc unele mame, ci reacții nesistematizate, reflexe produse de stimuli interni (foame, mișcări intestinale etc.), de impresii tactile, atingerea cu un deget mai rece, o senzație de neconfort în modul cum este îngrijit (înfășat strîns, manipulat brusc) sau un zgomot violent din afară.

Sistemul nervos. Diferite manifestări ale nou-născutului

318. Copilul este bine dezvoltat mintal? Această întrebare vine în mintea oricăror părinți din momentul nașterii și persistă luni și ani de-a rîndul. Starea de sănătate și de perfecțiune a înfățișării fizice aduce liniștea părinților; o minte deosebită la un copil umple de mîndrie întreaga familie și constituie premiza că urmașul lor va cuceri un loc rîvnit în societate.

319. Evaluarea nou-născuților se face din două puncte de vedere:

a) **Vîrsta gestațională** va fi calculată în săptămîni începînd din prima zi a ultimei menstruații, care uneori este greu să fie stabilită cu certitudine. După vîrsta gestației, pediatrul va orienta depistarea și tratamentul dificultăților proprii la fiecare grup de nou-născuți: înainte de termen (prematur), după termen (postmatur), hipotrofic (prea mic), hipertrofic (prea mare).

b) **Depistarea anomaliilor cerebrale** va fi făcută cu atenție la toți nou-născuții, indiferent de greutate, cu un scor Apgar normal sau scăzut (vezi punctul 211). Este evident și demonstrat că stările de suferință cerebrală gravă continuă de cele mai multe ori o suferință fetală acută. Trebuie știut, de asemenea, că unii nou-născuți care au suferit, la naștere în cursul dilatației și expulziei (se nasc vineți, nu țipă imediat după naștere etc.) pot să nu prezinte nici un fel de suferință nervoasă la examenele efectuate în perioada de nou-născut. La acești copii, de obicei, și în continuare evoluția va fi favorabilă; ei vor fi urmăriți totuși, cu o vigilență crescută în decursul primelor luni de viață de către medic, sora de ocrotire și părinți.

Primul examen clinic se face imediat după naștere și comportă îndeosebi o apreciere neurologică. *Este de subliniat că medicamentele primite de mamă în timpul nașterii pot modifica mult răspunsurile la stimuli ale nou-născutului în primele ore.* Examenul va fi repetat în zilele următoare, mai ales atunci cînd s-au constatat unele tulburări. Examenele succesive vor permite să se distingă dacă semnele de suferință sînt fixe sau, din contră, se schimbă. În caz de suferință veche, simptomele variază puțin în cursul primelor 10 zile. Din contră, în caz de suferință acută (legată de naștere), se observă adesea o agravare și apoi o recuperare; alura evolutivă și durata totală a anomaliilor neonatale au deci o valoare de diagnostic și prognostic. Tulburările legate de administrarea unor medicamente mamei în timpul nașterii dispar de obicei repede. *Verdictul definitiv îl dă medicul pediatru, în consult cu neuropsihiatrul, în jurul vîrstei de 10—12 luni!*

Studiul dezvoltării nervoase la nou-născut nu poate fi desprins de ceilalți parametri de fixare a stării de sănătate. Se iau în seamă:

320. Date privind trecutul copilului. a) *Anomalii de gestație;* b) *Anomalii ale travaliului;* c) *Starea nou-născutului la naștere;* d) *Termenul la care trebuia să se nască* (exprimat în săptămîni începînd din prima zi a ultimei menstruații); e) *Vîrsta copilului în momentul cînd este examinat sau cînd mama observă ceva.*

321. Icterul. Majoritatea nou-născuților la termen prezintă icter între a 3-a și a 10-a zi de viață (icter fiziologic). Un icter apărut precoce, intens și prelungit, poate lăsa urmări neurologice grave (icter nuclear) (vezi și punctul 220).

322. Cianoza (învinețirea) poate trăda o suferință cardiacă (boli congenitale ale inimii), respiratorie (infecție, malformații), cerebrală sau metabolică (scăderea calciului sau glucozei). În mod normal nu trebuie să apară cianoza la un nou-născut la termen. La unii nou-născuți apare după efort (supt, țipăt) o discretă învinețire în jurul gurii. Cînd este accentuată, localizată la față, buze, la nivelul extremităților, sau generalizată și permanentă, cianoza este determinată de obicei de o boală gravă. Cianoza care apare în crize și în repaus poate fi expresia unei suferințe nervoase.

Suptul și înghițitul trebuie să fie prezente imediat după naștere și să se desfășoare normal. La un nou-născut la termen reflexele de supt și de înghițit pot prezenta unele tulburări. Dacă sînt trecătoare, aceste tulburări nu au nici o importanță. Ele trebuie semnalate medicului, singurul în măsură să le interpreteze corect și să ia, eventual, anumite măsuri.

322 bis. Somnul. În primele zile, nou-născutul pare că doarme tot timpul. El nu are încă ritmul somn-veghe bine precizat. Nașterea dificilă poate avea o influență nefastă asupra somnului. Către a 7-a—a 10-a zi, somnul nou-născutului devine mai puțin adînc și apar perioade de veghe. Perioadele de somn durează $2-2^1/_2-3$ ore, mult mai rar $3^1/_2-4$ ore (de obicei între primul și al doilea supt în cursul zilei și în a doua parte a nopții). Mama va nota perioadele de veghe, pentru a prevedea, în funcție de acest ritm, la ce oră trebuie să fie pregătită pentru alăptare.

Perioadele de somn din timpul zilei devin mai bine delimitate, cu toate că somnul este mai ușor. Ele sînt întrerupte de faze de veghe mai lungi, care se alungesc puțin cîte puțin. Respectînd aceste faze, dînd totdeauna mesele în fazele de veghe, mama contribuie la organizarea somnului sugarului. *Este de o importanță esențială respectarea ritmului propriu al fiecărui sugar. Orarul meselor, baia, celelalte îngrijiri nu se mai fixează în mod arbitrar de către mamă sau medic, ci după nevoile ce convin structurii biologice și temperamentului sugarului.*

Tulburările de somn. În proporție de 95% nou-născuții la termen (socotiți normali) nu au tulburări de somn; circa 5% dintre ei prezintă totuși o stare de somnolență mai accentuată, dar nu profundă. În timpul cît prezintă icter fiziologic toți nou-născuții devin mai somnolenți. Cei care dorm mult, ore întregi, sărind peste una din mese nu trebuie să facă mari griji mamei. Dimpotrivă dificultatea de a adormi și somnul foarte agitat din primele zile pot constitui motive de îngrijorare.

Ritmul somn-veghe ține și de starea psihică a mamei. Dacă mama este calmă și odihnită, nou-născutul are șansa de a fi liniștit; dacă mama este în tensiune și anxioasă, nou-născutul va fi nervos și agitat. Nașterea grea sau ușoară poate avea, de asemenea, o influență pasageră asupra stării nou-născutului.

Consumul de cafea și/sau de ceai „rusesc" de către mama care alăptează determină tulburări de somn la nou-născut.

Tulburările de somn, singure, neasociate cu alte manifestări nervoase, nu prezintă o semnificație patologică.

323. Plînsul. Este un semn important prin care sugarul își manifestă foamea, setea, lipsa de confort (frig, cald, prea strîns înfășat, cute sau noduri de la scutece, emisiune de scaun sau urină, zgomot în cameră, aer viciat, stare de agitație sau de nervozitate în familie, poziția incomodă în pat etc.), o suferință sau o îmbolnăvire („colici abdominale", durere din cauza opărelii, respirația nazală dificilă datorită unui guturai etc.).

> *Obiceiul de a lua în brațe sau de a alimenta un sugar care plînge nu trebuie cultivat. Un sugar „are voie" să plîngă circa 2 ore pe zi.*

Plînsul este mijlocul prin care sugarul semnalează mamei o necesitate sau o suferință. Mama este datoare să observe, să urmărească orarul și durata plînsului, să-l asocieze cu alte manifestări, să găsească soluții pentru a-l liniști. Ori de cîte ori sugarul plînge, trebuie căutat de la început dacă este ud, dacă-i este frig sau dacă îl chinuie o cută de la scutece. După ce s-a îndepărtat motivul suferinței, va fi liniștit încă puțin și va fi culcat din nou în patul lui. Unii plîng pentru că vor mai multă atenție și vor să fie ținuți mai mult în brațe. Cei care tac după luarea în brațe nu sînt flămînzi. Dacă va fi purtat în continuare în brațe, el va deveni răsfățat și va învăța, curînd, să folosească plînsul pentru a obține să fie ținut în brațe și legănat. *Cei care plîng și după luarea în brațe și după încercarea de a-i alimenta au alte motive mai serioase de a plînge.*

Credința că plînsul fortifică plămînii este falsă. Ea își are probabil originea în faptul că primele respirații profunde, care însoțesc țipătul imediat după naștere, duc la distensia plămînului cu aer. După aceea însă, plînsul nu mai contribuie la dezvoltarea plămînilor.

323 bis. Țipătul. Nou-născutul sănătos are un țipăt viguros, de tonalitate mijlocie, bine suportat, pentru că nu antrenează nici tulburarea ritmului respirator și nici fenomene vasomotorii (cianoză, paloare etc.). Medicul urmărește vigoarea și calitatea țipătului, care furnizează date despre: puterea generală a nou-născutului, corzile vocale și căile respiratorii superioare. Cînd este provocat (de o înțepătură, cînd este îngrijit de o persoană neîndemînatecă, cînd este înfometat), nou-născutul țipă și-și mișcă mîinile și picioarele; astfel medicul își poate da seama de integritatea mișcărilor. Țipătul determină o contracție a mușchilor feței, evidențiind eventuale asimetrii, paralizii, defecte înnăscute. Cînd țipă tare și prelungit, culoarea nou-născutului virează de la roz-deschis spre roșu (culoarea sfeclei roșii). De obicei se calmează prin satisfacerea unor nevoi (supt, luat în brațe) sau înlăturarea unor disconforturi (prea strîns sau prea gros înfășat; poziție incomodă; este neschimbat etc.). Unii nou-născuți normali au un țipăt ascuțit (nu strident, nici grav) la care este greu să găsești cauza; după „partida" de plîns respectivă, nou-născutul adoarme sau are o vioiciune normală, nu prezintă febră, diaree sau alte tulburări.

Țipătul de suferință cerebrală este ritmat, durabil, asociat cu absența vioiciunii, strident sau slab (de abia auzit) și nu poate fi potolit prin declanșarea reflexului de supt sau prin luarea în brațe a nou-născutului sau sugarului.

324. Geamătul nu se întîlnește la nou-născutul sănătos. Cînd apare, chiar de scurtă durată și intermitent, dovedește o suferință de origine nervoasă centrală sau periferică.

325. Iritabilitatea generală a nou-născutului se manifestă prin tremurături izolate (ce însoțesc o mișcare spontană, dar pot surveni și în repaus); dacă tremurăturile se transformă ulterior în valuri de contracturi musculare din ce în ce mai ritmate, succesive, în timp ce vioiciunea se stinge, ne putem aștepta la o *criză de convulsii.* Din contră un nou-născut la termen, cu o naștere mai dificilă sau un hipotrofic (nou-născut cu greutate mai mică) poate prezenta trepidații ale membrelor inferioare, dar își păstrează vioiciunea și o bună reactivitate, fără alte tulburări neurologice. Se supraveghează cîteva zile, fenomenul fiind foarte probabil datorit unei tulburări metabolice trecătoare (hipocalcemie sau hipoglicemie).

Sindromul iritativ al nou-născutului are o semnificație patologică minoră, fără urmări, dacă îndeplinește două condiții: este izolat și nu progresează în intensitate, în durată, în modul cum se manifestă.

326. Tresăririle izolate, *provocate sau spontane, nu au nici o semnificație patologică.*

327. Tremurăturile bărbiei se întîlnesc relativ frecvent la nou-născuți și la sugari în primele 2—3 luni, ceea ce alarmează pe multe mame. Ca manifestări izolate, chiar dacă se repetă, reprezintă un fenomen normal.

328. Căscatul. Între reacțiile suspecte, căscatul trebuie urmărit aparte. El poate fi numai de origine digestivă, dar, prin frecvența sa anormală, poate fi un semn evocator de suferință cerebrală. În afară de orice îmbolnăvire, la marii prematuri, căscatul este prelungit și frecvent; el dispare odată cu desăvîrșirea maturației, spre vîrsta de 36—37 săptămîni fetale. La acest grup de copii, căscatul poate fi declanșat la cea mai mică excitație în jurul gurii.

La nou-născuții la termen, normali, căscatul se întîlnește rar, cel mult de 1—3 ori în decurs de 10—15 minute, cît este ținut gol.

329. Strănutul. Cînd un nou-născut sau un sugar în primele două luni este desfășat și vine în contact cu aerul proaspăt, strănută sau/și urinează. Strănutul nu are nici o semnificație patologică în astfel de situații și deci mamele nu trebuie să se alarmeze considerînd că sugarul „a răcit".

330. Sughițul. Mulți copii sughit în primele săptămîni de viață. Aceasta nu trebuie să constituie un motiv de îngrijorare. Pentru combaterea sughițului, sugarul va fi luat în brațe și ținut cu abdomenul lui lipit de corpul mamei. Compresiunea și căldura locală fac să se schimbe poziția bulei de aer care declanșează excitația nervului frenic, răspunzător de reflexul de sughiț. Eventual, copilul va fi frecat sau bătut ușor pe spate. În cazuri mai rebele, se poate administra puțin ceai călduț, de exemplu ceai de anason, îndulcit cu o linguriță de zahăr și cu cîteva picături de suc de lămîie. Dacă s-a udat, copilul va fi schimbat în scutece uscate și va fi culcat pe burtă.

Dezvoltarea neuro-motorie

331. Perimetrul cranian este de 34—35 cm, iar greutatea creierului este de 335 g.

332. Părinții sînt datori să învețe să-și cunoască sugarul! La venirea sa pe lume, nou-născutul este o ființă cu totul dependentă. Facultățile corpului și minții sale se dezvoltă lent și după o ordine bine

stabilită. Această dezvoltare este determinată de patrimoniul moştenit de copil şi de influenţele care se exercită asupra lui din afară. Trăsăturile moştenite sînt cele mai importante. Ele determină dezvoltarea sugarului chiar de la început. Anterior am descris cum arată şi cum evoluează corpul, pielea şi unele organe ale nou-născutului. În continuare, în paginile care urmează vom arăta cum se urmăresc funcţiile sistemului nervos.

Sufletul nou-născutului este greu de înţeles. Cînd este vorba de dezvoltarea neuromotorie a nou-născutului, unii susţin că este vorba de o fiinţă care nu are decît reflexe. *Nu este posibil să se afirme dacă un nou-născut este sau va deveni inteligent.* Toate mişcările sînt automate şi par necoordonate; cel puţin în primele zile de viaţă sînt mişcări reflexe, adică mişcări care au ca scop conservarea vieţii (de exemplu, mişcările de supt). Ele sînt fapte în care conştienţa nu ia parte deloc. Imediat după naştere, nou-născutul nu manifestă vreun interes pentru ceva. În primele zile, principala sa ocupaţie este să doarmă şi să sugă. După cîteva zile, el întoarce deja capul spre lumină, pe care la început o evită (vezi punctul 344). Urmărind nou-născutul, mama va nota în cursul primelor săptămîni, multe mici semne care dovedesc că are loc o „trezire": îşi mişcă uşor din cînd în cînd braţele şi gambele, se întinde puţin, încreţeşte fruntea, emite mici grohăituri sau bombăneli, deschide gura, schiţează suptul. Încetul cu încetul, el devine mai îndemînatic în a apuca sînul sau tetina. Să nu se uite că tonusul muşchilor gîtului este încă slab; capul trebuie susţinut bine, iar în timpul suptului trebuie sprijinit pe cotul mamei.

333. P o z i ţ i a c o r p u l u i ş i a m e m b r e l o r. a) Culcat pe spate („decubit dorsal"), nou-născutul la termen are o poziţie tipică, cu cele patru membre îndoite („flectate") şi simetrice.

Capul este de obicei întors într-o parte. Corpul urmează întoarcerii capului („în bloc"). Braţele sînt aşezate lîngă corp, în stare de flexie (puţin îndoite din articulaţia cotului). *Degetele* mîinilor sînt parţial strînse, în poziţie de pronaţie (cu palma în jos, uşor deschisă), degetul cel mare este adus spre palmă.



Fig. 95 — Poziţia nou-născutului. Se remarcă poziţia în flexie (ghemuită) a membrelor superioare şi inferioare.

Membrele inferioare sînt flectate şi în poziţie externă din articulaţia şoldului. Membrele inferioare sînt îndoite: coapsele pe abdomen, gambele pe coapse (prin flexia genunchilor), picioarele în flexie dorsală („triplă flexie"). Atitudinea de flexie a membrelor, asemănătoare parţial cu poziţia din uter, se datoreşte tonusului crescut al muşchilor flexori ai membrelor (fig. 95).

Unele mame sînt impresionate de rezistenţa pe care o întîmpină cînd încearcă să întindă (să deflecteze) antebraţul sau gamba; oricare din aceste segmente, coborît şi întins de mamă revin prompt la prima poziţie (flectată). Frecvent se observă o reacţie în „masă", nediferenţiată, ca o „tresărire" bruscă şi generală, ce duce la întinderea trunchiului şi membrelor; este o modificare a modelului în flexie prin cedarea temporară a tonicităţii

crescute fiziologice, la un stimul oarecare, aşa cum se întîmplă prin reacţia Moro (fig. 98).

b) Culcat pe burtă *(„decubit ventral").* Şi în această situaţie domină poziţia în flexie. Genunchii sînt situaţi sub trunchi sau lîngă acesta. Din a 2-a —

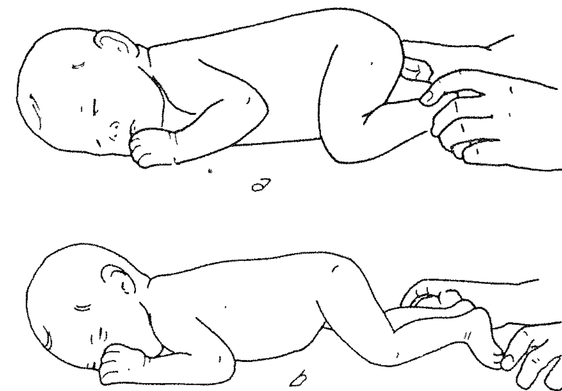


Fig. 96 — Poziţia în decubit ventral: domină flexia membrelor; nou-născutul poate schiţa mişcări de tîrîre.

a 3—a săptămînă, nou-născutul reuşeşte să-şi aşeze capul pe o parte şi îl poate ridica pentru scurt timp pentru a-l culca pe partea cealaltă. Din cînd în cînd încearcă să facă mişcări de tîrîre; aceste mişcări se produc sau

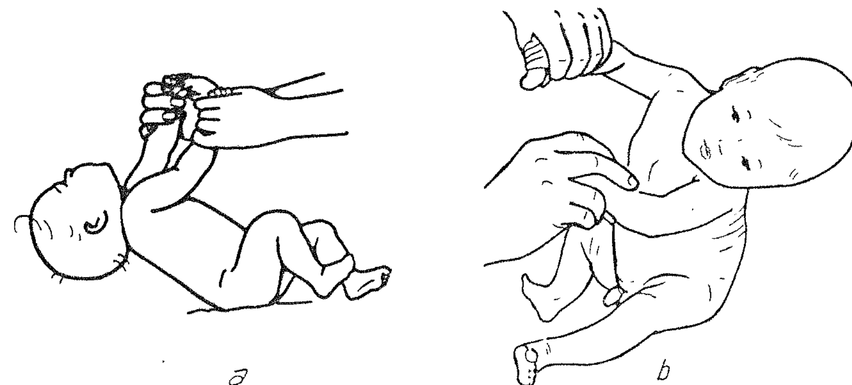


Fig. 97 — Dacă nou-născutul este tras de braţe în sus, din decubit dorsal, capul cade pe spate sau lateral (muşchii cefei sînt hipotoni).

sînt mai active cînd atingem tălpile picioarelor nou-născutului. Genunchii sînt îndoiţi pe coapse, iar picioarele pe gambe („în flexie dorsală") (fig. 96).

c) Tracţiunea din poziţia culcat pe spate. Apucînd nou-născutul de mîini şi trăgîndu-l uşor în sus şi înainte, braţele se menţin în flexie (îndoite), iar capul atîrnă pe spate (fig. 97). După ce ajunge în poziţia verticală şezînd capul cade în faţă şi se bălăbăneşte într-o parte şi în cealaltă.

334. Simetria. Poziţia şi mişcările nou-născutului sînt aproape simetrice. La unii se observă o slabă mişcare a capului spre „partea preferată". Simetria atitudinii între membrul drept şi cel stîng este aproape permanentă, fie că este vorba de cele superioare, cît mai ales de cele inferioare.

În caz că se observă o asimetrie dintre două membre omoloage (respectiv dreptul cu stîngul) aceasta poate avea o semnificaţie patologică.

335. Reflexele prezente la naştere. Termenul de reflex se trage din cuvîntul latin *reflexus* (de la *reflectare* = a răsfrînge, a întoarce). Reflexele (actele reflexe) sînt procese de bază ale activităţii nervoase, prin intermediul cărora excitaţiile senzitive (senzoriale) determină un răspuns efector, motor sau secretor.

Copilul se naşte cu anumite reflexe primitive (arhaice), reacţii automate la modificările de mediu. Aceste reflexe ale nou-născutului dispar către vîrsta de 3—4 luni, pe măsură ce locul lor este luat de mişcările voluntare. Unele din aceste reflexe sînt de protecţie, fiind necesare supravieţuirii, altele reflectă comportarea care ar putea fi asemuită cu stadiile timpurii din evoluţia omului. Dacă o pisică cade de la înălţime, ea aterizează pe cele patru picioare, datorită reflexelor primitive de „redresare". Nou-născutul este dotat cu reflexe ce fac ca majoritatea mişcărilor lui să fie automate.

Există o tendinţă generală ca aceste reflexe primitive să dispară către vîrsta de 3 luni, care este vîrsta cînd sugarul începe să facă mişcări voluntare. El atinge această etapă cînd începe să dorească şi să poată să „facă ceva" singur.

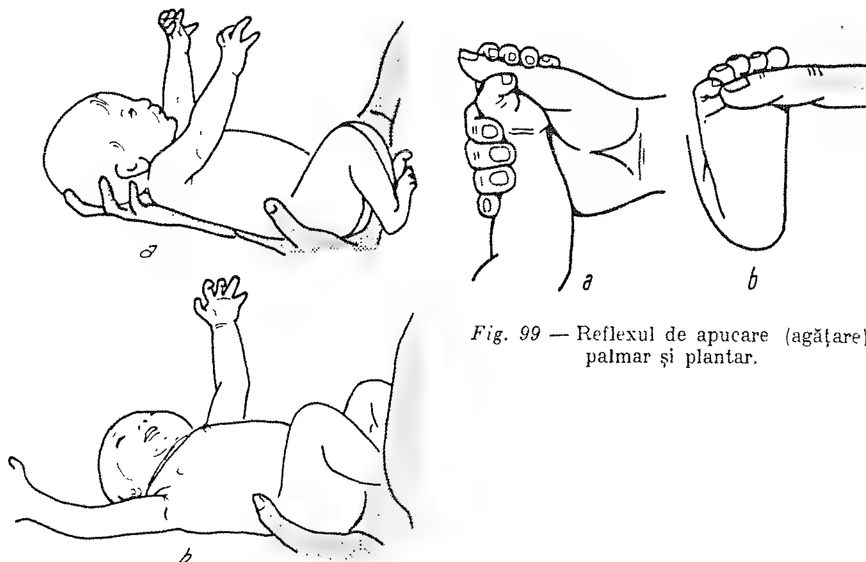


Fig. 99 — Reflexul de apucare (agăţare) palmar şi plantar.

← *Fig. 98* — Reacţia Moro.

În jurul vîrstei de 3 luni, există o acalmie în activitatea motorie a sugarului deoarece mişcările automate se sting, iar mişcările voluntare de abia încep să apară.

Cercetarea reflexelor se face atît la maternitate cît şi acasă în primele săptămîni de viaţă. Mama aude mereu pe medici „are reflexe normale" sau „Moro este prezent". Ea însăşi observă că dacă izbeşte coşul (patul), nou-născutul tresare; cînd se trage brusc scutecul de sub nou-născut, cînd acesta este desfăşat, el întinde brusc braţele şi uneori desface degetele; acestea nu sînt decît schiţe de reflexe normale.

S-au descris zeci de reflexe. Se vor expune numai cîteva.

336. Reacţia Moro (după numele pediatrului german care l-a descris în anul 1917) se produce numai dacă nou-născutul este treaz. Dacă medicul izbeşte violent masa pe care este culcat nou-născutul, dacă trage brusc de scutecele pe care e culcat sau retrage mîna cu care îi susţinea capul, se declanşează reflexul Moro (fig. 98). Nou-născutul îşi „întinde" tot corpul, depărtează braţele de torace, le întinde, deschide degetele, uneori ţipă. În timpul al II-lea, se produce revenirea în poziţia de repaus cu braţele flectate şi cu pumnii strînşi. Medicul este singurul în măsură să aprecieze dacă reflexul Moro este prezent, complet, simetric. De altminteri nu se trag concluzii decît după ce se cercetează mai multe reflexe.

337. Reflexul de agăţare, de apucare a degetelor. Dacă medicul (sau mama) trece degetul prin palma nou-născutului, degetele acestuia se închid brusc şi cu atîta forţă, încît nou-născutul poate fi ridicat uneori deasupra planului patului sau mesei pe care este examinat (fig. 99).

Dacă se trece degetul pe sub talpa piciorului nou-născutului, se simte cum degetele picioarelor se flectează.

338. Reflexul punctelor cardinale se numeşte astfel, deoarece modul său de cercetare constă în mai multe stimulări (atingeri) succesive, aplicate în jurul gurii, în locuri situate conform punctelor cardinale; la colţurile buzelor (drept şi stîng), apoi la părţile din mijloc deasupra şi dedesubtul buzelor. Răspunsul este cu atît mai rapid cu cît nou-născutul este la interval mai mare faţă de ultima alăptare. Limba şi buzele se mişcă spre punctul atins, antrenînd uneori şi capul în această mişcare. Esenţa răspunsului rezidă în faptul că aceste mişcări ale corpului se fac în acelaşi sens ca şi stimulul, declanşînd astfel mişcări de flexie, extensie şi rotaţie ale gîtului. Cînd reflexul punctelor cardinale este perfect, nou-născutul suge şi înghite corect.

339. Mersul automat. Nou-născutul este ţinut de trunchi, sub braţe, vertical. La contactul plantei (talpa) cu masa de examinare, membrul respectiv se flectează, iar celălalt se întinde. Cînd acesta din urmă atinge planul mesei se flectează, iar primul se întinde. Din această succesiune de îndoire şi întindere a membrelor inferioare, cu trunchiul uşor aplecat înainte, rezultă o deplasare care sugerează mersul denumit „mersul automat" (fig. 100).



Fig. 100 — Mersul automat.

340. Reactivitatea. Prin studierea motricităţii provocate şi a răspunsului la durere, se poate cunoaşte calitatea globală a reacţiilor nou-născutului, înglobate în termenul de „reactivitate".

Răspunsul la durerea vie. La nou-născutul mai puţin vioi cu reactivitate redusă, este indispensabil să se măsoare atingerea eventuală a sensibilităţii, al cărei prag poate fi foarte ridicat sau foarte scoborît. Pentru aceasta, se ciupeşte prelungit (1—3 secunde) talpa piciorului. În mod obişnuit nou-născutul răspunde prin retragere aproape imediată

a piciorului excitat, urmată de flexiuni („îndoiri") succesiv ale gambei și ale coapsei (triplă contracție); apoi apare țipătul (viguros și prelungit, proporțional cu intensitatea durerii) și mișcarea globală cu agitație care se instalează imediat, pentru a se stinge progresiv, odată cu țipătul, în 3—5 secunde. Această mișcare poate fi oprită, ca și țipătul, prin mîngîieri ușoare și ritmice ale feței sau ale toracelui anterior.

Dacă un stimul dureros viu nu declanșează decît retragerea imediată a piciorului cu triplă contracție, fără țipăt și fără mișcare globală, este vorba de un caz patologic.

341. Limbajul. Nou-născutul poate emite puține sunete involuntare laringiene sau guturale, mai ales noaptea. Țipă înaintea meselor dar se liniștește deîndată ce a fost hrănit. Dacă sună un clopoțel se liniștește și devine atent.

342. Contactul social. Nou-născutul are un facies (expresie a feței) aproape imobil (fără mimică), peste care trece intermitent un „zîmbet" fără motiv vizibil. Uneori, pare că-și privește mama sau pe examinator. Se sperie ușor la zgomote. Activitatea motorie și mișcările „în masă" sînt diminuate cînd atenția este deviată.

Nou-născutul poate fi calmat prin ridicare în brațe, mîngîiere, la auzirea unei voci cunoscute, la căldura contactului corporal și la alăptare. Cînd este liniștit, închide și deschide ritmic gura.

343. Comportamentul emoțional. După 7—10 zile de viață, dacă nou-născutul este în stare de veghe și este liniștit, poate fi examinat în bune condiții de către medic. Nou-născutul pare atent, cu ochii deschiși; din cînd în cînd apare un „zîmbet". Unii dintre ei se întrec parcă pe ei înșiși cînd se „caută" de către medic reflexele arhaice (vezi mai sus!)

Nervozismul părinților, situațiile conflictuale din familie și mai ales starea de tensiune a mamei au un rol important în comportamentul nou-născutului și sugarului. Dacă nou-născutul plînge, părinții trebuie să-și înfrîngă neliniștea. Toate îngrijirile se fac cu calm, „vorbindu-i" cu voce caldă.

Cînd plînge, nou-născutul *poate fi liniștit dacă este luat în brațe și „strîns la piept", „lipit" cu burta de pieptul mamei (contactul strîns, după unii autori „piele pe piele", are efect sedativ prompt) și mîngîiat pe frunte.*

Organele de simț. Simțuri

344. Ochii sînt complet formați la naștere. Picăturile antiseptice care se pun în ochi (soluție de nitrat de argint 1%), pentru a preveni eventualele infecții determinate de microbii din canalul pelvi-genital al mamei, produc uneori umflarea pleoapelor. Această umflare, asociată cu tendința nou-născuților de a ține ochii închiși, face ca examinarea ochilor să fie dificilă în primele zile. De abia după cîteva zile, cînd este ridicat în poziție verticală și pus la sîn, nou-născutul poate deschide ochii. La nevoie, se îndepărtează cele două pleoape printr-o mișcare blîndă, încercînd astfel să se inspecteze globii oculari. Sclerele (albul ochilor) pot fi roșii, datorită unei hemoragii subconjunctivale din timpul travaliului; hemoragiile trec după cîteva săptămîni, fără să aibă vreo semnificație patologică și fără să lase urme. Dacă din ochi se scurge puroi, pleoapele sînt lipite și tumefiate, iar conjunctivele sînt inflamate, înseamnă că s-a adăugat o infecție (conjunctivită), care trebuie tratată cu grijă, după sfatul medicului.

Văzul. Ochii reprezintă cel mai important instrument senzorial al sugarului. Cu ochii el cuprinde de la început lumea înconjurătoare, înainte de a o „apuca și pipăi" cu mîinile sale. El vede, dar nu percepe (nu știe ce vede). Privirea și viziunea unui obiect sînt prezente la majoritatea nou-născuților.

Funcția vizuală a nou-născutului este mai ușor de investigat imediat înainte și la supt.

Simțul văzului este însă inegal dezvoltat la nou-născuți, chiar de aceeași vîrstă și durată de gestație, cei născuți la termen avînd un simț vizual mai dezvoltat.

Așa cum s-a spus mai sus, în primele zile de viață, nou-născutul întoarce capul sau clipește cînd se proiectează brusc o sursă de lumină asupra ochilor săi. El poate ține ochii deschiși, dar nu „vede" încă; nou-născutul este *„psihic orb"* (H. Willi). Mișcările ochilor și pleoapelor nu sînt coordonate, un ochi poate fi deschis în timp ce celălalt este închis; un ochi poate privi la dreapta, pe cînd celălalt este întors spre stînga. Acest strabism (se uită „cruciș") este intermitent, trecător și fără importanță. Se datorește unei lipse de acomodare și de coordonare a musculaturii globilor oculari. Dispare în primele luni de viață. *Un strabism este patologic numai dacă este la ambii ochi, convergent (spre nas) și durabil.* Cercetarea privirii și vederii se face cu ajutorul unui obiect strălucitor (ochelarii examinatorului) sau colorat roșu-viu sau galben. De abia după vîrsta de 1 lună (uneori la 1—3 luni) sugarii au o privire mai netă, devin capabili de a intra în contact cu mama prin privire sau pot să fixeze și să urmărească mai mult un obiect strălucitor situat lateral, purtat la distanță de circa 15—25 cm. În absența unui obiect luminos, privirea nou-născutului este vagă. Mișcările simultane, coordonate, comandate de activitatea musculaturii globilor oculari reprezintă o mare încercare pentru orice nou-născut.

345. Apariția lacrimilor. Nou-născutul țipă și plînge fără lacrimi. *În medie, lacrimile apar în jur de 3 săptămîni.* La foarte puțini nou-născuți se observă lacrimi înainte de această vîrstă. De subliniat, că iritația conjunctivală datorită colirului instilat la naștere sau în primele zile poate declanșa o secreție apoasă, precoce, asemănătoare cu lacrimile, dar care este trecătoare. De asemenea imperforația canalelor lacrimale poate determina înroșirea și „lăcrimarea ochilor". Mamele sînt datoare să-și noteze ziua în care apar lacrimile, moment ce este apreciat ca un progres în dezvoltarea și achizițiile nervoase ale copilului.

346. Auzul este mai greu de studiat la nou-născut. Se apreciază că este vorba de o reacție auditivă numai atunci cînd la un zgomot emis, nou-născutul (și sugarul mic) oprește brusc orice mișcare, ca și cînd ar căuta să asculte, manifestîndu-se ca și cînd ar fi perceput și înțeles zgomotul. Mai puțin de 1/5 dintre nou-născuți au această reacție. *Este bine ca mama, care îngrijește sugarul, să-i vorbească tot timpul sau să-i cînte. Ea este prima care va observa cînd sugarul aude cu adevărat: se liniștește cînd o aude vorbind sau cîntînd, o urmărește și o fixează cu privirea.*

347. Nasul este în general mic, prezentînd adesea pe suprafața sa pete albe-gălbui (milium albicans). Se vor examina forma și configurația sa. Rinita cu secreție mucoasă sau mucopurulentă, prin infecții cu germeni banali, este o boală ce nu trebuie neglijată în perioada de nou-născut. Praful și pudrele declanșează o secreție nazală apoasă.

348. Mirosul. Mirosul este prezent la naștere. Unii nou-născuți întorc capul spre sînul mamei, înainte de a fi atins sînul, după mirosul laptelui (sau al corpului). Dacă sînt despărțiți pentru cîteva zile de mamă, unii sugari o recunosc numai după ce sînt luați în brațe și îi simt mirosul corpului. În Leagănul de copii și creșe, unii sugari primesc să sugă numai de la mama lor. Este cunoscut faptul că, dacă o mamă își schimbă apa de colonie cu care era obișnuit sugarul, acesta refuză sînul, nu mai acceptă să stea în brațele ei.

349. Gura. Se examinează buzele, bolta palatină, gingiile. Multe mame sînt îngrijorate de faptul că nou-născutul are frîul limbii mai scurt. *Chiar dacă acest frîu lingual este foarte scurt, el nu împiedică suptul și mai tîrziu vorbirea.* Astăzi nu se mai practică secționarea lui cu atîta ușurință cum se făcea înainte. Personal, nu am recomandat vreodată secționarea frîului limbii.

350. Gustul este relativ bine dezvoltat la nou-născut. El poate deosebi substanțele cu gust plăcut (dulce) de cele cu gust neplăcut (acru, amar, sărat); ultimele declanșează o salivație abundentă și grimase, cele cu gust plăcut declanșează reflexul de supt și de înghițit.

Manifestări anormale

351. Motricitatea globală. a) Decubit dorsal *(culcat pe spate)*. Dacă nou-născutul stă într-o poziție de flexie prea accentuată sau de extensie, inert, „înțepenit" (corpul întins, fără vreo îndoire a membrelor inferioare sau superioare), înseamnă că este vorba de o poziție anormală.

b) Decubit ventral (culcat pe burtă). În această poziție, copilul nu poate deplasa de loc capul, care rămîne „cu bărbia căzută pe piept". Capul nu poate fi întors într-o parte, sugarul nu poate respira liber (pericol de înăbușire).

352. Reflexe și reacții. Toate reflexele și reacțiile sînt fie exagerate, fie absente, fie asimetrice, chiar dacă sînt respectate condițiile optime de examinare.

353. Motricitatea fină și adaptarea. Spre sfîrșitul primei luni de viață, în cazul unor urmări după suferință din timpul sarcinii sau nașterii, sugarul respectiv creează impresia că nu vede sau că e surd, deoarece excitațiile nu sînt prelucrate la nivel central.

354. Limbajul și contactul social. Nou-născutul este prea liniștit sau exagerat de agitat. Unii țipă continuu, alții nu plîng de loc; prima alternativă creează îngrijorare în familie și determină mai curînd prezentarea la medic. La această vîrstă se poate trece cu vederea că sugarul are un contact limitat cu lumea înconjurătoare. Orice mamă care-și iubește copilul are un „simț" special pentru această „dificultate" de contact. Nu este exclus ca această dificultate să aibă la bază un deficit senzorial (de vedere sau de auz). De asemenea se poate constata că sugarul nu reacționează adecvat la încercările de a fi calmat prin mîngîieri, luat în brațe, căldură, schimbat la alimentație.

Regimul de viață și alimentația mamei

355. Alimentația. Este bine ca mama să mănînce ceva mai mult decît în mod obișnuit, fără să ajungă la îngrășare. În nici un caz *nu va face cură de slăbire!* Mai importantă decît cantitatea, este compoziția adecvată a hranei. Meniurile trebuie să fie variate și să conțină zilnic proteine animale (lapte și/sau derivatele sale, ou, carne), grăsimi (ulei, unt, margarină), hidrocarbonate (cereale, cartofi etc.), lichide, fructe și zarzavaturi (conțin hidrocarbonate, fibre vegetale, săruri și vitamine) și cereale integrale (pîine neagră). Laptele este foarte necesar, dar nu va fi băut în cantități prea mari pentru a înlocui alte alimente (circa 0,500 l pe zi este suficient). Se poate bea și lapte degresat, deoarece conține aceeași cantitate de calciu și de proteine ca laptele obișnuit; are mai puține calorii și se recomandă cînd mama are tendința la îngrășare. Dacă mama nu tolerează laptele, acesta va fi înlocuit cu alte derivate de lapte (iaurt, brînză, unt) sau cu alte proteine (carne, pește). Eventual se va adăuga și un preparat de calciu. Nevoia de lichide este de 1,5—2 l pe zi. Cantitatea excesivă

de lichide zaharate (ceaiuri, compoturi etc.) îngrașă în mod inutil. Este suficient dacă mama bea înainte de fiecare alăptare un pahar de lapte sau de suc de fructe.

De fapt se recomandă toate alimentele care sînt cuprinse într-un meniu echilibrat al unei femei sănătoase.

Se vor evita leguminoasele (fasolea, lintea, mazărea uscată), varza, conopida, care pot provoca tulburări digestive la sugar (colici, vărsături sau chiar diaree).

Alimentele iuți (piperul, ardeiul), plantele amare sau cu miros agresiv (usturoiul, ceapa, conopida), transmit gustul și mirosul lor laptelui de mamă, ceea ce face pe sugar să refuze temporar să mai sugă.

Este greșită concepția că laptele, berea, urzicile, făina de ovăz, ceaiul etc. cresc secreția lactată.

La mamele bolnave de colită sau cu alergii alimentare, nu se vor da alimentele care le fac rău; o criză de colită a mamei declanșează colici, agitație și/sau reducerea apetitului la sugar.

356. Vitamine. Mulți medici recomandă mamelor care alăptează vitamine sub formă de tablete, drajeuri sau picături. Dacă alimentația este echilibrată, așa cum s-a recomandat mai sus, aportul de vitamine pe această cale este suficient, în afară de vitamina D, care trebuie luată de mamă, la recomandarea medicului (în doze zilnice de circa 1 000 u.i. sau doze mari la intervale de cîteva săptămîni).

357. Ce medicamente se elimină în lapte. Mama nu va lua nici un medicament din proprie inițiativă, ci va consulta pe medicul pediatru care îngrijește sugarul.

Se elimină în lapte: Fenobarbitalul, Ciclobarbitalul, unele antibiotice, Diazepamul, Bromovalul, Aspirina, preparatele arsenicale și mercuriale etc.

358. Fumatul este dăunător pentru sugar. Nicotina trece în lapte și este toxică.

359. Alcoolul. O cantitate foarte mică de alcool (vin, bere) este permisă.

360. Cafeaua și ceaiul „rusesc" trec în lapte și produc agitație sugarului.

361. Constipația mamei va fi tratată cu fructe, vegetale (crude sau gătite) și cu pîine neagră. Purgativele, chiar în cantitate mică, trec în lapte, determinînd scaune moi la sugar, colici sau refuzul sînului (laptele capătă gustul purgativului). Gimnastica are un efect favorabil.

362. Factorii psihologici sînt foarte importanți: necazurile, starea de tensiune din familie pot determina oprirea secreției lactate. Mamele sînt foarte îngrijorate cînd sugarul plînge, este somnolent, strănută sau regurgitează; sînt dispuse să dea crezare afirmației că laptele este insuficient cantitativ sau calitativ. Unele nu pot alăpta sugarul cu altcineva de față. Am mai scris acest lucru și-l repetăm (vezi punctul 242).

363. Îmbrăcămintea mamei. Cu ocazia tuturor manevrelor de îngrijire a sugarului, este bine ca mama să poarte un halat curat de culoare deschisă, care să nu fie îmbrăcat cînd face alte treburi gospodărești. Va purta cămăși de bumbac și rochii care se încheie în față. Nu sînt recomandate fustele, cordoanele, rochiile, sutienele strînse.

Lenjeria va fi curată, schimbată zilnic. Nu se poartă lenjerie din fire sintetice.

364. Dacă este răcită, mama poate hrăni și îngriji sugarul? Cînd mama are guturai, este răgușită sau simte o jenă în gît, se

anunţă începutul unei „răceli". În acest caz, ea va purta o mască la gură şi la nas ori de cîte ori se apropie de sugar, deoarece la această vîrstă este foarte receptiv la orice boală. Masca se confecţionează dintr-o bucată de pînză sau de tifon, care se pune în două şi se coase ca un buzunar, în interiorul căruia se introduce o bucată de material plastic. La cele 4 colţuri se coase cîte o bucată de şiret cu care masca se leagă în jurul capului (fig. 101).

365. **Igiena corporală.** Mama va face duş zilnic. În timpul duşului va folosi săpunuri neiritante; va insista îndeosebi la plicile (cutele pielii):



Fig. 101 — Două tipuri de mască pentru mamă.

sub sîni, axile, regiunile inghinale, cutele de la gît (în general, zonele ce transpiră mult).

Lăuza nu este încă restabilită aşa că în timpul îmbăierii sînt utile cîteva măsuri de prevedere:

— pentru a evita căderile prin alunecare, lîngă cadă se plasează un covoraş sau un grătar de lemn, iar în cadă se pune o bucată dintr-un covoraş vechi sau de stofă;

— apa de la duş nu va fi nici fierbinte şi nici prea rece;

— cada se spală bine cu apă şi săpun înainte de folosire; dacă în familie sînt persoane cu infecţii cutanate, este necesară şi dezinfecţia cu cloramină 1%;

— prosoapele şi cearşafurile de baie vor fi strict individuale;

— după baie se va folosi un prosop mai aspru (in, frotir etc.) cu care se va „usca" orice urmă de umezeală; dacă mama are obişnuinţa, va face un masaj;

— după baie se foloseşte lenjerie curată.

Sînul (mamelonul, cutele de sub sîni) va fi spălat cu atenţie deosebită. Dacă există tendinţa la inflamaţii, mama va sta cu sînul descoperit, la aer, de 2—3 ori pe zi cîte 1/2 de oră.

Înainte de fiecare manevră de îngrijire a sugarului, mama se va spăla bine pe mîini; unghiile se taie la 2 zile şi se spală o dată pe zi cu periuţa de unghii.

Nu se folosesc deodorante (obstruează porii pielii) şi nici parfumuri cu miros ţipător.

Trebuie acordată o grijă deosebită *igienei dinţilor* (spălarea zilnică, tratarea cariilor; dacă este posibil, administrarea de preparate cu fluor).

366. **Va fi evitată oboseala.** Munca fizică excesivă, lipsa de odihnă de noapte, viaţa complicată de familie (vizite etc.), îngrijirea copiilor mai mari, lipsa de colaborare a soţului la problemele de gospodărie şi de îngrijire a sugarului etc. sînt cîţiva din factorii care duc la epuizarea fizică a mamei, cu consecinţe serioase asupra sănătăţii sale.

Odată cu reluarea activităţii de toate zilele (gospodărie, obligaţii sociale), secreţia lactată scade. Este necesară mai multă odihnă. Se va face tot posibilul ca să intre în obişnuinţă un somn după masa de prînz şi nu se vor executa munci grele în gospodărie (spălatul rufelor pentru toată familia, curăţenia generală, spoitul pereţilor, ridicarea de greutăţi etc.). Asemenea treburi se amînă sau, cel puţin, se fac într-un ritm lent, chiar dacă mama are impresia că şi-a redobîndit energia necesară.

În orice familie se va improviza o „masă de înfăşat". Într-un colţ al camerei sugarului se va plasa o masă obişnuită de înălţime convenabilă pe care se va pune o pătură ce se acoperă cu un plastic şi un cearşaf sau un scutec mare. Pe această masă se vor face toate manevrele de îngrijire ale sugarului; mama nu trebuie obligată să se aplece sau să se ocupe de sugar în poziţie incomodă. Pentru uşurarea muncii, pe colţurile mesei (situate la perete) se pun obiectele de uz curent: scutece, cămăşuţe, unguente etc. De asemenea planul orizontal şi dur al mesei permite o îngrijire mult mai eficientă, cu condiţii optime pentru poziţia corpului şi mişcările sugarului. Mama va fi mai puţin solicitată, se evită durerile de „şale", oasele bazinului şi organele abdominale vor veni mai repede la poziţia de dinaintea sarcinii.

• *Sugarul poate fi lăsat singur?* Sugarul nu trebuie lăsat *niciodată* singur în casă. În momentul cînd medicul îi permite mamei să facă plimbări, se va apela la o rudă sau altă persoană de încredere, cu simţul răspunderii. După o plimbare sau o vizită la o familie de prieteni, mama se va simţi mai în putere şi se va ocupa cu un elan crescut de copil şi de restul familiei.

Nou-născutul prematur

367. **Definiţie.** *Se consideră prematur orice nou-născut care cîntăreşte la naştere 2 500 g sau mai puţin*, indiferent de durata gestaţiei. Procedînd aşa, se includ printre prematuri nou-născuţii hipotrofici, respectiv cei născuţi după 37 săptămîni de gestaţie, dar cu o greutate sub 2 500 g. Dimpotrivă, se elimină din definiţie cei născuţi înainte de termen cu greutate mai mare de 2 500 g, îndeosebi nou-născuţii de la mame diabetice. Or, nou-născuţii hipotrofici reprezintă un contingent important (1/4—1/3 după evaluările profesorului A. Minkovski din Paris) din totalul nou-născuţilor cu greutate sub 2 500 g.

În raport cu greutatea la naştere, se deosebesc următoarele categorii de prematuri: a) *prematuri de gradul I*, cu greutatea la naştere între 2500 g şi 2000 g; b) *prematuri de gradul II*, cu greutatea între 2000 şi 1500 g; c) *prematuri de gradul III*, cu greutatea între 1500 g şi 1000 g; d) *prematuri de gradul IV* cu greutate mai mică de 1000 g.

În aprecierea prematurităţii, medicii utilizează şi alţi parametri de maturare: talia, perimetrul cranian, caracterul tegumentelor şi oaselor craniene (fontanele, suturi), prezenţa punctelor de osificare, părul, pavilioanele urechilor cutele tălpilor, organele genitale externe, dimensiunile mugurilor mamari, sistemul nervos (tonus, reflexe), anumite dozări de substanţe chimice în sînge etc.

Starea de maturare a nou-născutului depinde de durata sarcinii și de capacitatea funcțională a placentei.

368. Frecvența medie a prematurității este de 10% din totalul nașterilor.

Cifrele sînt variate și din cauză că distincția între hipotrofie și prematuritate nu se face în toate cazurile. Cifrele cele mai mici s-au înregistrat în orașul Helsinki (3%) și în unele orașe din Republica Populară Chineză, unde s-au făcut eforturi neobișnuite în prevenirea sarcinilor cu risc crescut.

369. Cauzele care determină sau favorizează nașterile premature sînt numeroase și adesea greu de depistat. De obicei nu sînt unice, ci asociate. De multe ori se repetă: sînt mame care nasc numai prematuri. Din motive didactice, pot fi clasificate în:

a) Cauze economico-sociale: nerespectarea igienei generale a sarcinii, lipsa de legătură cu medicul obstetrician în timpul sarcinii, alimentație deficitară a gravidei (consumul scăzut de lapte, derivate de lapte, carne, fructe și zarzavaturi proaspete), fumatul, gradul înapoiat de cultură, nelegitimitatea; deplasarea în timpul sarcinii cu mijloace de transport necorespunzătoare; activitate fizică și sportivă ce necesită eforturi mari; munca de noapte etc.

b) Cauze medicale materne: constituționale (talie scundă, uter mic, predispoziție genetică la naștere prematură); vîrsta mamei (mamele sub 18 ani și peste 35 de ani nasc copii mai mici); apropierea dintre două nașteri succesive (sub 2 ani); șocurile psihice; traumatismele, bolile dinaintea nașterii (de inimă, de rinichi, de sînge, endocrine, infecții vechi); bolile din timpul sarcinii (infecții, intoxicații, boli de sistem) etc.

c) Cauze medicale ce țin de făt sau de placentă: sarcina gemelară, malformații congenitale ale fătului, placenta bolnavă, infecții ale fătului etc.

Cunoscînd aceste cauze, mama, familia, instituția în care lucrează trebuie să contribuie, alături de medic și de cadrele medii (moașe, surori de ocrotire), la prevenirea unei nașteri premature.

370. Caractere anatomice și funcționale ale prematurului. Prematurul are capul mai mare în raport cu corpul, față de nou-născutul la termen, circumferința craniană depășind cu peste 3 cm pe cea toracică. Oasele boltei craniene sînt despărțite prin suturi largi, iar fontanelele sînt mari. Fața este mică, triunghiulară, cu gura mare și bărbia ascuțită. Părul este scurt, pufos (pînă în a 37-a săptămînă de gestație). Dezvoltarea cartilajelor urechilor are loc abia între a 36-a și a 40-a săptămînă de gestație, așa că la prematurii foarte mici pavilioanele urechilor sînt nereliefate, moi și deformate. Gîtul este subțire, iar toracele îngust. În schimb, abdomenul este voluminos.

Lipsa țesutului grăsos de sub piele este reflectată de fața triunghiulară și zbîrcită, pielea flască pe membre (ceea ce face să proemine scheletul osos), peristaltismul intestinal este adesea evident prin peretele abdominal subțire.

Pielea este roșie, lucioasă, încrețită, acoperită de *lanugo* abundent (în special pe frunte și pe spate) și de *vernix caseosa* (mai ales la cute). *Vernix*-ul este mai abundent la nou-născuții cu un grad mare de prematuritate.

Aspectul unor prematuri poate înșela din cauza edemelor generalizate și a pielii lucioase. Distribuția edemelor variază cu poziția în care doarme nou-născutul și aceasta a dus la concepția eronată că edemele se dezvoltă numai după naștere.

Unghiile de la degetele picioarelor sînt scurte, cele de la mîini sînt însă aproape totdeauna la nivelul vîrfurilor degetelor.

Șanțurile pielii de pe tălpi sînt rare, scurte, puțin adînci, apar de-abia în a 37-a săptămînă de gestație și devin numeroase și complexe la 40 săptămîni de gestație.

Mameloanele sînt nepalpabile pînă în a 33-a, a 34-a săptămînă de gestație, sînt sub 3 mm la 36 săptămîni, iar la nou-născutul la termen au un diametru de 4—10 mm.

La fete, labiile mici și clitorisul par mari din cauza edemului.

La băieți, scrotul este slab dezvoltat, iar testiculii nu sînt coborîți.

Inițial, prematurul stă culcat ghemuit, amintind poziția din uter. Doarme aproape tot timpul. Se observă adesea mișcări dezordonate „în val" ale membrelor.

Mișcările respiratorii sînt adesea neregulate, cu mici pauze; pot fi urmărite după mișcările abdomenului.

Reflexele de supt și de înghițire sînt slab dezvoltate, iar în caz de imaturitate extremă pot lipsi complet. Există o tendință la regurgitarea conținutului gastric. Capacitatea gastrică este redusă la cîțiva centimetri, ceea ce favorizează vărsăturile în caz de supraalimentație. Musculatura tubului digestiv este slab dezvoltată, mișcările peristaltice sînt leneșe, ceea ce explică frecvența constipației.

Prematurul prezintă *deficiențe mari în funcțiile de bază ale organismului: termoreglarea* (nu poate asigura o temperatură constantă a corpului), *respirația, coagularea sîngelui, sistemele enzimatice ale ficatului și rinichiului, echilibrul acidobazic, apărarea împotriva infecțiilor.*

Aspectul prematurului se schimbă în primele zile. Edemele dispar, ceea ce face să devină evidente: lipsa țesutului grăsos subcutanat, coastele proeminente, lipsa tonusului abdominal (se observă adesea o distensie abdominală, cu ansele intestinale vizibile prin peretele abdominal, uneori cu mișcări peristaltice).

Icterul, care este de obicei mai intens și mai prelungit decît la nou-născutul la termen, determină o stare de somnolență și apatie, exceptînd momentele cînd sugarul este flămînd. Greutatea scade la început, apoi devine staționară zile sau chiar săptămîni.

371. Îngrijiri. Maternitățile mari de la noi din țară sînt prevăzute cu secții de terapie intensivă și de reanimare unde sînt asistați prematurii și ceilalți nou-născuți a căror viață este periclitată. Aceste secții sînt dotate cu incubatoare, cu instalații pentru administrarea de oxigen, de reglare a temperaturii și umidității mediului etc. și sînt deservite de medici și de cadre medii specializate. Aici sînt îngrijiți prematurii pînă ce ating greutatea de 2 500 g. Ne vom referi numai la îngrijirile de la domiciliu.

După ieșirea din maternitate îngrijirea prematurilor pune mari probleme în legătură cu: *alimentația, menținerea temperaturii corpului, protecția împotriva infecțiilor, prevenirea carențelor de vitamine și de fier.*

a) Alimentația. Alimentul de elecție este laptele de mamă. De aceea, în timpul cît un prematur este alimentat în maternitate prin gavaj, mama este datoare să se mulgă zilnic, pentru a menține secreția lactată. Dacă sugarul are putere și a „învățat" să tragă din sîn, va fi pus la sîn. Mulți dintre ei, după ce s-au obișnuit cu biberonul, refuză să mai tragă din sîn. Este necesar un efort deosebit din partea mamei. Aceasta își va stoarce sînii în condiții de curățenie riguroasă și va păstra laptele la frigider pînă se trezește sugarul. Înainte de folosire se încălzește la 37°C.

Orice familie cu un sugar și mai ales cu un prematur are nevoie de un frigider.

Rezultate bune se pot obține și cu lapte semiecremat (Lacto), Eledon, lapte praf adaptat (Humana 0 pînă la greutatea de 3 000 g; după aceea Humana 1 sau Similac), lapte praf Lactosan sau Rarăul, dacă se prepară și se administrează corect. Se vor da mese mici și la intervale scurte de timp. Așa cum s-a mai spus, prematurii au o capacitate gastrică mică, regurgitează și varsă ușor, obosesc repede. Este nevoie de răbdare și îndemînare. Se vor folosi tetine moi, cu un orificiu mai larg. Mama experimentată poate ajuta suptul din biberon, apăsînd ușor cu degetul în sus pe bărbia prematurului. După fiecare supt, sugarul va fi ținut ridicat în sus, timp de 15 minute, pentru a diminua riscul de regurgitație și pentru a-l ajuta să elimine aerul înghițit.

Resuspendarea pulberii de praf sau prepararea diluțiilor se face cu deosebită grijă, înainte de fiecare masă, pentru un singur supt, păstrîndu-se o curățenie riguroasă a biberoanelor, tetinelor și vaselor. Orice preparat de lapte, în afară de cele adaptate (Humana, Similac) sau acidifiate (Eledon), se fierbe înainte de a se da sugarului, indiferent de recomandările de pe cutie. Resturile rămase în biberon nu se păstrează pentru a se da la masa următoare!

Rația pe 24 de ore, intervalul dintre mese, alegerea unui anumit produs de lapte, modul de preparare și orice modificări vor fi indicate de către medicul pediatru cu colaborarea sorei de ocrotire.

d) Reglarea temperaturii se asigură printr-o încălzire constantă a camerei (22—24°C), avînd grijă ca temperatura să nu scadă noaptea sub 18°C. Este absolut necesar un radiator, care se folosește în momentul în care temperatura camerei scade sub 20°C. Încălzirea cu cărbuni este periculoasă, atît prin gazele pe care le emană, cît și prin faptul că noaptea temperatura camerei poate scădea prea mult și prea brusc. Temperatura din pătuțul copilului (coș) mai poate fi menținută folosind sticle cu apă caldă, bine înșurubate și înfășurate în scutece, pentru a preveni arsurile. Se va evita supraîncălzirea prematurului, prin controlul temperaturii corporale (totdeauna temperatura rectală trebuie să fie în jur de 36,5—36,8°C) și printr-un termometru de cameră, fixat pe perete deasupra patului sugarului.

Sugarul va fi înfășat cu scutece moi, nu prea strîns, pentru a nu-i limita mișcările. Scutecele și modul de înfășat vor fi fixate cu concursul sorei de ocrotire.

Umiditatea atmosferei va fi asigurată cu ajutorul unui vas cu apă plasat în apropierea instalației de încălzire sau cu cîrpe umede așezate pe calorifer.

c) Protecția împotriva infecțiilor. În camera prematurului nu trebuie să pătrundă decît mama sau persoana care-l îngrijește. Vizitele rudelor și mai ales purtarea nou-născutului și sugarului în alte case „în vizită", constituie posibilitățile cele mai frecvente de îmbolnăvire.

Se alege pentru sugar un pat metalic, care să poată fi spălat cu apă și săpun, eventual cu o soluție antiseptică. Lenjeria lui se ține într-un dulap special, separat de lenjeria restului familiei. Pardoseala se curăță cu aspiratorul (nu cu mătura) și se spală cu apă și leșie o dată pe săptămînă. Sobele, caloriferul, zidul din apropierea patului sugarului, masa de înfășat, căruciorul se spală cu leșie o dată pe lună.

Scutecele murdare se adună într-o găleată cu pedală, care se spală zilnic. Lenjeria se fierbe zilnic și se limpezește bine după spălare, pentru a nu rămîne cu urme de săpun care irită pielea. După uscare, se calcă cu fierul bine încins.

Cea mai importantă regulă în prevenirea infecțiilor este ca mama să se obișnuiască să se spele pe mîini cu apă și săpun înainte și după fiecare manevră de îngrijire a sugarului!

În caz de guturai, mama va purta mască.

d) Prevenirea carențelor de vitamine și de fier. Prematurul are nevoie de 60 mg vitamina C, sub formă de soluție la început (circa 1/2 din fiola de 2 ml), iar după diversificarea alimentației sub formă de sucuri de fructe proaspete, alese în funcție de sezon și de modul cum le primește și tolerează. Rahitismul se previne prin administrarea zilnică de 1 000—2 000 u.i. vitamina D_2 sau D_3 sau de doze mari (200 000 u.i.), sub formă de injecții, la intervale de 6 săptămîni. În ultimul timp se administrează și vitamina A 1 500—3 000 u.i. pe zi.

Pentru prevenirea anemiei, se va da sugarului un preparat de fier pe gură sau, la nevoie, sub formă injectabilă.

e) Dezvoltarea neuromotorie ulterioară. Părinții prematurului doresc să știe cum va evolua în viitor copilul lor din punct de vedere nervos și psihic.

Cînd întrebarea este pusă imediat după naștere pentru un anumit prematur, *este greu ca medicul să dea un răspuns precis* și să prevadă cu certitudine evoluția.

Am vrea totuși să amintim o serie de născuți prematuri care reprezintă unele dintre mințile strălucite ale omenirii: Voltaire (mare scriitor și filozof francez a trăit de la 1694—1778); Auguste Renoir (1841—1919, mare pictor francez); Victor Hugo (1802—1885, scriitor francez); Newton (1642—1727 matematician, fizician, astronom și filozof englez); Winston Churchill (1874—1965, mare om politic englez, prim-ministru în cursul celui de al II-lea război mondial).

După această considerare optimistă, trebuie să recunoaștem însă că la mulți prematuri nu se pot face prognosticuri definitive decît după luni de zile de observație atentă a copilului de către un pediatru priceput și de către familie.

La noi în țară, prof. dr. Gheorghe Goldiș și psiholog Stela Eschenasy au publicat un studiu pe 386 de prematuri (născuți cu greutatea între 850 g și 2 500 g), urmăriți între vîrsta de 1 lună și 42 luni.

Analiza datelor obținute de acești autori au pus în evidență prezența următoarelor particularități ale evoluției psihice și motorii la grupul de prematuri studiați:

1. Dezvoltarea motorie și psihică a prematurului fără tulburări neurologice sistematizate este specifică.

Pînă la 6—8 luni de viață, dezvoltarea motorie și psihică este mai înceată și discontinuă. Prematurii nu-și țin capul la 2 luni, nu stau în șezut nesusținuți la 6—8 luni, nu apucă obiectele la 4 luni.

2. După vîrsta de 8—9 luni, intervine o recuperare spontană, chiar totală, a întîrzierilor motorii. Locomoția, echilibrul static și dinamic (se țin în picioare, apoi merg nesprijiniți) ajung să se normalizeze în jurul vîrstei de 13—18 luni. Persistă însă, pînă în jur de 42 de luni, o stîngăcie, o lipsă de dibăcie în mișcările mîinilor, apucarea fină se face cu oarecare dificultăți.

3. Disociere între curba de evoluție a înțelegerii limbajului („limbaj interior" sau „limbaj pasiv"), care se normalizează către 18 luni, și cea a limbajului articulat, care se menține insuficientă pînă aproape de 3 ani. 60% dintre copiii în vîrstă de 30 de luni folosesc un limbaj jargonic, numai parțial inteligibil. În schimb, copiii înțeleg bine totul, execută ordine, asociază, arată prin gesturi, imită, au un joc al mimicii corespunzător vîrstei.

În jurul vîrstei de 3 ani, prematurii recuperează dintr-odată, în adevărate salturi, întîrzierea de limbaj, atît în ceea ce privește vorbirea, cît și formarea unor propoziții.

În studiul respectiv, 20% dintre copii prezentau întîrzieri de limbaj la vîrsta de 42 de luni.

La o mare parte dintre copiii urmăriţi (peste 50%) s-au observat descărcări emoţionale (crize de plîns, de furie, de agresivitate etc.) fără motive justificate.

În general, un prematur trebuie comparat cu un sugar născut la termen, scăzînd din vîrsta acestuia numărul de săptămîni cu care s-a născut mai devreme prematurul. Între 2 şi 3 ani majoritatea prematurilor ajung din urmă pe copiii născuţi la termen.

Pe lîngă întîrzierile semnalate mai sus (întîrzieri de mers şi limbaj), prematurii sînt mai agitaţi, prezintă insomnii, tulburări ale apetitului, primesc mai greu alimentele consistente, îşi formează mai greu unele deprinderi. Mama nu trebuie însă să-şi piardă răbdarea din cauza stîngăciilor lui şi nici să-i acorde o protecţie exagerată; ca şi ceilalţi copii, prematurii vor fi lăsaţi să se joace, să cadă, să aibă „cucuie şi vînătăi". Anxietatea părinţilor şi, mai ales, materno-dependenţa nu fac decît să frineze procesul de dezvoltare şi de recuperare psihomotorie la acest grup de copii. După observaţiile noastre, o mare parte dintre prematuri au o dezvoltare intelectuală normală, dar rămîn cu o instabilitate psihică, cu reacţii de negativism („puşi pe nu") şi uneori de violenţă. Calmul, înţelegerea şi atmosfera generală din familie contribuie la corectarea acestor perturbări comportamentale ale foştilor prematuri.

Nou-născutul cu hipotrofie fetală (malnutriţie intrauterină, dismatur)

372. Este vorba de grupul de copii care, deşi se nasc la termen, au o greutate sub 2 500 g.

Copiii hipotrofici sînt cel mai adesea lungi şi slabi, au pielea uscată, turgorul este scăzut. Hipotroficii prezintă o greutate mică (cu sau fără afectarea lungimii şi perimetrului cranian) şi unele probleme de slăbire a respiraţiei normale, de menţinere a unei cifre corespunzătoare a cantităţii de glucoză şi de calciu din sînge, a activităţii nervoase. Dacă sînt alimentaţi precoce cu glucoză în concentraţie de 10% şi în cantităţi adecvate, hipotroficii scad foarte puţin în greutate, recuperează rapid în următoarele săptămîni deficitul greutăţii.

Diagnosticul de nou-născut hipotrofic se pune în primul rînd pe calcularea exactă a vîrstei gestaţionale la naştere. Spre deosebire de prematuri, la hipotrofici se constată: bogăţia cutelor pe talpa picioarelor, nodulii mamari prezenţi şi cu diametrul peste 3 mm, pavilioanele urechilor au cartilaje, testiculii sînt coborîţi în scrot, comportamentul neurologic este normal (dacă nu a fost o suferinţă fetală mare sau dacă naşterea s-a desfăşurat fără accidente).

Postmaturul

373. Este un nou-născut dintr-o gestaţie care depăşeşte cu mai mult de 7—10 zile limita superioară a normalului (280 de zile).

O mare parte dintre aceşti copii născuţi după termen prezintă imediat după naştere o piele uscată, zbîrcită („mîini de spălătoreasă") sau chiar fisurată, pergamentoasă; *lanugo* lipseşte; *vernix caseosa* este foarte redus; unghiile degetelor sînt lungi depăşind mult vîrful; părul capului este redus.

Dacă naşterea depăşeşte cu mult termenul normal, postmaturul poate prezenta tulburări grave, uneori cu urmări definitive asupra dezvoltării lui. Copilul poate muri în uter.

Este de datoria fiecărei gravide conştiente de a calcula şi urmări corect (cu ajutorul obstetricianului) termenul naşterii, pentru a se interna la timp în maternitate.

În familie, i se va acorda o atenţie deosebită. Alimentaţia se va face cu mese mai dese, cu cantităţi mai mici. Supravegherea medicală va fi susţinută de către un pediatru priceput.

De la 1 la 2 luni

Sugarul trebuie să-şi stabilească treptat un ritm propriu al funcţiilor vitale. Mama îl observă în permanenţă şi-l ajută în acest sens. Sugarul a „propus" un orar, cu care se încadrează în viaţa de familie, uşurînd astfel munca mamei: numai parţial însă, pentru că el continuă să o solicite încă mult. Aceasta nu trebuie să-şi facă planuri prea mari: vizitele la rude şi la prieteni nu pot fi reluate; îngrijirile sugarului o blochează aproape toată ziua. Dacă are un ajutor în gospodărie, este bine ca muncile casnice să fie lăsate pe seama acelei persoane, iar mama să se ocupe de sugar. Subliniem această recomandare, pentru că ştim din experienţă că multe mame au tendinţa de a munci prea mult în această perioadă, uneori treburile casnice trecînd pe primul plan. Este necesar ca preocuparea mamei să fie concentrată toată asupra sugarului, care are nevoie de uniformitate, adică să fie îngrijit de aceeaşi persoană, de preferat de către mamă. Numai aşa se vor obişnui şi se vor cunoaşte reciproc. Sugarul se va familiariza în primul rînd cu mama, o va deosebi în curînd de alte persoane; îngrijit numai de ea, se va obişnui cu modul ei de a-l alimenta, de a-l schimba, de a-l ţine în braţe; iar cu timpul, cu imaginea figurii, cu mirosul corpului, cu tonalitatea vocii, cu mîngîierile ei. Numai mama (sau, la nevoie, persoana care-l îngrijeşte multă vreme şi corect) îi dă sentimentul de siguranţă, de încredere. Sugarul va fi liniştit, va mînca bine, îşi va fixa un program anumit, iar în perioadele de veghe va începe să-şi îmbogăţească „repertoriul" manifestărilor motorii şi psihice.

La rîndul ei, mama — care a avut atîtea perioade de îndoieli şi chiar de deprimare în primele săptămîni — va începe să fie antrenată şi stimulată de progresele sugarului.

> *Creşterea în greutate şi în lungime este cea mai accelerată în lunile a II-a şi a III-a de viaţă. La circa 8 săptămîni sugarul îşi ţine capul.*
>
> *Cu fiecare săptămînă el devine tot mai vioi, personalitatea începe să se dezvolte, somnul devine mai organizat.*

La 6—8 săptămîni sugarul va zîmbi pentru prima dată; este prima manifestare umană, independentă de nevoile lui.

374. Organizarea zilei. Orarul zilnic trebuie să se reglementeze. Se va ţine seama atît de dorinţele sugarului, cît şi de programul întregii familii.

Dacă sugarul primeşte prima masă între 5,30—6 dimineaţa, este bine ca mama şi sugarul să se culce din nou. Dacă, dimpotrivă, prima masă este primită la ora 7, aceasta coincide cu începutul activităţii în casă.

Plimbările se fac în funcție de anotimp: vara între prima și a doua masă, iar după amiaza — spre seară. Iarna prima ieșirre va fi după ora 10 sau chiar 11 (masa a II-a), iar după amiaza — în jurul orei 15.

Baia se va face mai devreme, în jurul orei 20, înainte de penultima masă; în nici un caz după orele 22.

Alimentația

375. Alimentația naturală. *A. Orarul meselor.* Nu există o regulă strictă în ceea ce privește numărul și importanța meselor; reafirmăm că fiecare sugar își are ritmul și nevoile sale alimentare. Rolul mamei și al sorei de ocrotire este de a le dezvălui și de a adapta regimul. La 4—6 săptămîni, cei mai mulți sugari s-au obișnuit cu orarul de 6 mese (chiar 5 mese). Dacă sugarul este alăptat, el își crește treptat cantitatea de supt (pe masă), sugînd mai mult și mai viguros. Sugarul înțărcat necesită de asemenea, treptat, cantități mai mari de lapte. Mulți sugari nu au încă un orar regulat al meselor. De cele mai multe ori este vina mamei. Nu este obligatoriu ca intervalele dintre mese să fie perfect egale, dar ar trebui să apară o schemă și o oarecare regularitate în ceea ce privește orele de supt, cel puțin după 5—6 săptămîni (vezi capitolul „Nou-născutul“, punctele 243, 244).

a) Alimentația în timpul nopții. Multe mame întreabă cînd trebuie să doarmă un sugar neîntrerupt noaptea, fără a mai cere o masă. Nu se poate generaliza și nu se poate spune cu certitudine dacă acest lucru se poate obține pînă la sfîrșitul celei de a II-a luni. Cei mai mulți sugari se obișnuiesc și la 6—8 săptămîni nu se mai trezesc noaptea. O parte dintre ei renunță mai întîi la masa de la ora 23—24 și numai după aceea la masa de la ora 2.

b) Cum se poate desființa masa de noapte. Cei mai mulți sugari renunță de la sine la masa de noapte. Mama se va îngriji ca ultima masă de seară să fie substanțială. Dacă este hrănit la sîn, i se va da să sugă din ambii sîni. Dacă mama are impresia că la această masă sugarul ar putea mînca mai mult, va consulta medicul de circumscripție, care va stabili dacă este utilă o completare.

c) Ce înseamnă dacă un sugar suge la o masă numai cîteva minute și apoi plînge din nou după 2—3 ore. S-ar putea să fi înghițit mult aer la supt (simțindu-se sătul pentru moment) sau să nu se fi săturat la supt. Dacă sugarul a golit un sîn și continuă să tragă din sîn cu foame, va fi pus și la celălalt sîn. La masa următoare, sînii vor fi oferiți în ordine inversă. În cazul în care, pe lîngă aceste manifestări, la cîntărirea săptămînală se constată că sugarul nu crește sau chiar scade în greutate, se anunță medicul pediatru și sora de ocrotire, pentru a se cunoaște precis cantitatea de lapte supt în 24 de ore. Completarea se va face după consultul cu medicul.

B. Cum poate fi împiedicat sugarul să înghită prea mult aer? Cînd începe să sugă mai încet, mama îl va retrage de la sîn, îl va lăsa să eructeze și apoi îl va alăpta în continuare. Se poate întrerupe suptul de 2—3 ori pentru eructații, dacă sugarul nu protestează și dacă după aceea continuă să sugă.

C. Sînii se golesc la fiecare supt. Pînă la normalizarea secreției lactate, este bine ca sînii să fie goliți de cîteva ori pe zi. În felul acesta, glanda mamară va fi stimulată pentru o bună secreție. Cînd, contrar așteptărilor, sînul nu este golit la un supt, restul de lapte trebuie muls fie cu mîna, fie cu pompa.

D. Ce se face dacă mama lipsește de acasă? În luna a II-a, la un sugar alimentat exclusiv la sîn, dacă mama lipsește o dată de acasă, se poate da, în locul suptului respectiv, fie ceai, fie o masă de lapte de mamă, muls în condiții de curățenie perfectă, păstrat la frigider și fiert înainte de a fi dat sugarului.

E. Variația apetitului. Cantitatea luată la fiecare masă este variabilă. La primele două supturi sugarul este mai înfometat. Variabilitatea apetitului nu numai că este normală, ci constituie și o dovadă că sugarul are ritmul său personal de alimentare.

F. Rațiile prescrise de pediatru sau menționate în această carte servesc numai ca reper; mama nu va încerca să le impună sugarului său. Dacă un sugar este însă înfometat după ce a primit rația prescrisă, nu este nici o rațiune de a-i refuza completarea pe care o cere; dacă, dimpotrivă, el nu vrea toată cantitatea propusă, este inutil de a-l contrazice.

Dacă mama alăptează sugarul, ea este acum inițiată. În cazul cînd nu are lapte suficient, ea își dă seama care din supturi este deficitar, fără să fie nevoie să cîntărească sugarul înainte și după fiecare masă. De obicei, mama are mai puțin lapte la supturile III și IV, din miezul zilei, cînd, datorită solicitărilor din cursul dimineții o ajunge oboseala sau se pierde cu firea. La aceste mese din mijlocul zilei, poate fi necesar să facă completări cu cantități mici, crescute progresiv. Sugarul a prins gustul sînului, are putere să sugă, așa încît el nu se mai înțarcă, chiar dacă primește 1—2 completări cu biberonul. La rîndul ei, mama este datoare să-i dea să sugă, chiar dacă laptele supt nu reprezintă decît o treime din rație. Pe lîngă valoarea biologică, acest aport de lapte de mamă are și importanță psihologică. Nu se renunță la alăptare decît la sfatul medicului și după indicațiile lui asupra modului cum se procedează practic.

Sugarul trebuie să mănînce cu poftă, cu plăcere. Alăptarea, și mai tîrziu orele de masă, sînt momente cînd sugarul simte și începe să savureze apropierea cu mama și grija ce i-o acordă. Din experiența că la fiecare alăptare îi sînt satisfăcute cîteva dorințe, el învață să aibă încredere în mama sa. Agitația sau starea de tensiune a mamei sau a restului familiei nu permit să se nască acest sentiment de siguranță și de încredere.

G. Alimentația sugarului trebuie să se desfășoare în condiții optime. Mama va aștepta ca sugarul să fie bine trezit din somn pentru a-l hrăni. Din a doua lună el începe să-și manifeste dorința de a mînca: întoarce capul la dreapta și la stînga, ca și cînd caută ceva, își mișcă și întinde buzele, schițează mișcările de supt și numai după aceea începe să țipe. Așteptînd ca sugarul să ceară singur să mănînce, se previn tulburările de apetit. Dacă i se dă să mănînce pe jumătate adormit, el are să sugă, dar într-un mod automat și „pasiv“, fără a avea impresia de foame, fără plăcere, fără întreaga stimulare pe care i-o dă acest moment privilegiat petrecut lîngă mama sa. Se riscă astfel să se împiedice trezirea progresivă a apetitului, care nu vine decît după multiple experiențe de mese plăcute și de foame satisfăcută.

Mama se va strădui ca în timpul alăptatului să fie destinsă, detașată de alte griji. Se va izola într-un loc liniștit, așa încît sugarul să se simtă în siguranță și să asocieze hrănirea și prezența mamei de un moment fericit.

Familia se va strădui să creeze condiții materiale și psihice favorabile unui echilibru sufletesc corespunzător mamei. În a doua lună, sugarul suge cu tot mai multă vigoare și mai repede. După alimentație, cît este ținut în brațe, lipit de pieptul mamei și cu capul pe umerii acesteia pentru a eructa, i se va vorbi cu tandrețe. Odată cu eructația, ținerea la piept, căldura corpului

mamei și vocea blîndă îl liniștesc repede și adoarme în cîteva minute. Încetișor, este culcat pe o parte sau, și mai bine, pe burtă. La sugarul alimentat natural, cu creștere normală nu este absolut necesar adaosul de sucuri de fructe.

376. **Alimentația artificială.** Alimentul cel mai potrivit în luna a II-a de viață este un preparat din laptele praf care se găsește la noi în comerț: „Lactosan" (grăsimi 3,4%), care se dă în concentrație de 9% (2 măsuri a 4,5 g), Gluvilact 1 sau Gluvilact 2. Dacă se găsește în comerț, se poate folosi un preparat adaptat (Similac sau Humana); pentru modul de preparare, fixarea concentrației și a cantităților pe mese, mama se va ghida după indicațiile de pe etichetă și recomandările medicului.

În mediul rural, se poate da lapte de vacă care se diluează la început: 30 ml de apă de orez 2% sau de apă +70 ml lapte de vacă, la care se adaugă o linguriță de zahăr (5 g) și se fierb împreună.

A. Rația medie zilnică. În săptămîna a 5-a — a 6-a, rația de lapte pentru 24 de ore este de 150—175 ml lichid/kg/zi, respectiv 650—780 ml. Repartizată la 6 mese, revine la 140—130 ml/masă. În săptămîna a 5-a și a 6-a, rația zilnică este de 650—800 ml. deci 130—160 ml/masă, dacă se dau 5 mese, și 110—440 ml/masă, dacă se dau 6 mese. Cifrele sînt pur orientative. Fiecare sugar își individualizează „rația"; criteriul major este modul cum progresează în greutate: unii cresc cu o rație zilnică de 60—70 ml/kg/zi, iar la alții nu este suficientă nici rația de 160—180 ml/kg/zi. În ultima eventualitate, se mărește treptat concentrația. Există o regulă simplă preconizată de medicul rus Șcarin. Cantitatea de lapte se calculează în modul următor, în primele luni de viață: a) la 8 săptămîni se dau copilului 800 ml lapte/24 ore; b) pentru fiecare săptămînă în minus se scad cîte 50 ml lapte din cantitatea pentru 24 de ore; c) pentru fiecare lună în plus se adaugă 50 ml lapte, avînd grijă să nu se depășească 1 000 ml pe zi.

B. Lichidul de diluție. Pentru praful de lapte Lactosan sau alt produs de lapte praf integral fără adaosuri, diluția se face cu decoct („apă") de orez în concentrație de 2—3% și îndulcită cu 5 g de zahăr la 100 ml. La copiii constipați se poate folosi în concentrație de 2% amidonul de porumb (Zeamil).

C. Celelalte produse comerciale (produsele de lapte adaptat, cum sînt Humana sau Similac, sau parțial adaptate ca Robebi) nu se prepară în decoct de orez și nici nu se îndulcesc. Aceste produse comerciale conțin principiile nutritive în cantități suficiente și cu calități corespunzătoare. Adaosurile de apă de orez și de zahăr ar duce la o concentrație prea mare a hidrocarbonatelor. Dacă s-ar prepara hrana mai concentrată decît s-a indicat (8—10%), ar determina o suprasolicitare a funcțiilor digestive, metabolice și de excreție, putînd surveni semne de intoleranță (vărsături, lipsa poftei de mîncare), tulburări de tranzit (diaree) sau „febra de sete". La mulți sugari, în cazul alimentației cu preparate de lapte adaptat (Humana, Similac), scaunele nu sînt bine legate, ci grunjoase, ca în alimentația naturală. Nu se schimbă alimentația dacă sugarul crește în greutate.

În mediul rural, dacă familia are la dispoziție lapte de vacă de bună calitate (de la vacă sănătoasă, recoltat în vase curate, furnizat imediat și fiert imediat), nediluat și nedegresat (laptele de vacă integral, teoretic ar trebui să conțină 3,4—4% grăsimi), ar trebui folosit în modul următor: 1/2 lapte + 1/2 apă + 4% zahăr + 2% amidon de porumb (zeamil), care se fierb împreună; se adaugă apoi 1,5 g ulei vegetal de floarea soarelui sau ulei de germen de porumb la 100 ml și se amestecă bine (la mixer sau cu telul). Cum nu avem totdeauna ulei de porumb sau de floarea-soarelui bine rafinate,

proaspete, fără microbi, iar zeamilul are la unii sugari un efect laxativ, din prudență noi recomandăm ca în luna a doua să se folosească în gospodărie următoarea formulă: 2/3 lapte de vacă integral cu 3,5% grăsimi + 1/3 apă („decoct") de orez 2—3% + 5 g zahăr pentru 100 ml din acest amestec, fierte împreună.

Comparat cu laptele uman această formulă nu corespunde nevoilor biologice și fiziologice ale sugarului în ce privește mai ales corelația între principiile alimentare de bază (proteine, hidrocarbonate și grăsimi) și accesorii, dar este bine tolerată de marea majoritate a sugarilor sănătoși.

D. Se poate lăsa sugarul singur să „tragă" din biberon? Acest lucru nu este permis. Nu este voie să se sprijine biberonul pe o pernă sau pe un pled împăturit. Într-o asemenea eventualitate, sugarul nu are posibilitatea să facă nici o pauză în supt, nimeni nu-i scoate tetina din gură (se poate îneca și asfixia); urmarea este că înghite prea repede (cu mult aer), are colici, țipă între mese, nu doarme liniștit. În plus, sugarul este frustrat de sentimentul de protecție, care nu poate fi înlocuit cu nimic altceva. În primele luni de viață, mesele reprezintă principalele ocazii cînd sugarul poate fi apropiat de mamă.

E. Poziția biberonului în timpul mesei. Biberonul se ține înclinat, în așa fel încît gîtul biberonului și tetina să fie tot timpul pline cu lapte. Cea mai mare parte a sugarilor trag din biberon fără oprire, pînă în momentul cînd și-au potolit foamea. Unii înghit o cantitate mare de aer în timpul cît sug. Bula de aer care se formează astfel în stomac le dă o falsă sațietate sau le provoacă colici. Ei se opresc atunci din supt, cu toate că nu au băut decît jumătate din rația lor normală. Ca remediu, se recomandă ca sugarul să fie ridicat, sa fie pus cu abdomenul lipit de toracele mamei, sprijinit de umărul ei, și să fie bătut ușor pe spate. Mama va pune o cîrpă pe umeri, pentru a-și proteja îmbrăcămintea în cazul cînd sugarul regurgitează. Dacă sugarul continuă să țipe, mama îl va culca cu fața în jos, „pe burtă", pentru cîteva minute, apoi îl va ridica în sus și-l va sprijini pe umerii săi. Toate aceste manevre nu sînt necesare decît dacă sugarul înghite aer (are colici, regurgitează sau varsă, este agitat după masă). Între mese, sugarul va fi culcat pe burtă (vezi utilizarea biberonului și tetinei la punctele 270, 271).

Vitaminele

377. **Vitamina D.** În cez că sugarul a primit în maternitate prima doză de vitamina D injectabilă, între 6 săptămîni și 2 luni se va administra a II-a doză sub formă de injecție. Se vor administra 200 000 u.i. (1/3 din fiola de vitamina D), pentru a evita supradozarea. Nu este necesară asocierea de preparate de calciu, exceptînd prematurul.

Dacă se face profilaxia rahitismului cu vitamina D zilnic sub formă de picături, acestea se administrează într-o linguriță cu lapte. Gustul neplăcut al vitaminei D se pierde în mare măsură. Nu se recomandă adăugarea soluției uleioase în biberon, deoarece aderă la pereții interni ai biberonului.

> *Vitamina D se dă în tot cursul anului, inclusiv vara, fără întrerupere!*

Organismul uman sintetizează vitamina D sub influența razelor ultraviolete solare, dar nu se poate ști cu exactitate cantitatea produsă în acest fel. Nu trebuie să ne bazăm nici în lunile de vară pe lumina solară ca unică

sursă de vitamina D. Dealtfel, în multe orașe, fracțiunea de radiații ultraviolete este și așa mult scăzută din cauza poluării atmosferei.

În cazul hrănirii sugarului cu preparate de lapte care sînt îmbogățite cu vitamina D (Humana, Similac, Milupa, Aponti, SMA etc.), se continuă profilaxia cu vitamina D, deoarece adaosurile de vitamina D din astfel de produse acoperă numai parțial nevoile zilnice de vitamina D. Medicul pediatru calculează cantitatea de vitamina D primită prin preparatul de lapte și completează doza corespunzătoare. Doza zilnică de vitamina D va fi individualizată de medicul sugarului.

378. Vitamina C. Este absolut necesar să se adauge vitamina C sub formă de sucuri de fructe, dacă sugarul este hrănit artificial cu preparate industriale de lapte ce nu sînt îmbogățite cu vitamina C.

379. Cum se dau sucurile de fructe. Se începe cu 1/2 linguriță și se crește progresiv cantitatea la 1—2 zile cu cîte o linguriță pînă se ajunge la 10—12 lingurițe. Sucurile nu se încălzesc și, mai ales, nu se fierb, deoarece temperaturile ridicate distrug vitamina C.

Sucul se dă de la vîrsta de 6 săptămîni înaintea mesei de la ora 10 sau/și 16—17, la nevoie „dres" cu ceai simplu sau îndulcit. Nu se amestecă cu laptele, deoarece — dacă nu-i place sugarului — acesta va face dificultăți și la primirea laptelui.

> *Nu se va forța sugarul să primească un anumit suc de fructe sau de zarzavaturi*

Pentru evitarea infecțiilor și a intoxicației cu substanțe insectofungicide (se știe că plantele se tratează cu substanțe chimice, de obicei din grupul parationului, pentru distrugerea insectelor), fructele se spală în mai multe ape și se opăresc. Opărirea se poate efectua punînd fructele, în strat subțire, într-o strecurătoare care se scufundă pentru cîteva secunde într-o cratiță cu apă fierbinte. Răzătoarea de sticlă, tifonul, vasele în care se colectează sucul de fructe vor fi într-o stare de perfectă curățenie. Înainte de preparare, mama se va spăla pe mîini cu apă caldă și săpun.

A. Incidențele legate de administrarea sucurilor de fructe. După administrarea de sucuri de fructe multi sugari fac un eritem fesier mai mult sau mai puțin persistent. Sucurile de morcovi și de mere sînt mai bine tolerate. Sucul de căpșuni produce urticarie la mulți copii. Sucurile de cireșe, prune, pere, struguri (mai puțin cel de portocale) sînt mai laxative. La noi în țară, în lunile iunie-septembrie, cele mai indicate sînt sucurile de morcovi (prezintă avantajul că se procură ușor, este bine tolerat și conține printre altele în cantități corespunzătoare vitaminele A și C), piersici, zmeură și coacăze; în lunile de toamnă — sucul de morcovi sau de mere; în lunile de iarnă și primăvară — sucul de lămîie și de portocale.

B. Criteriile de alegere a sucurilor de fructe la sugari sînt: a) toleranța digestivă (diaree, colici, eritem fesier intens); b) gustul (dacă-l primește cu plăcere); c) anotimpul; d) starea economică și regiunea unde domiciliază familia; e) educația sanitară a mamei (o mamă certată cu legile curățeniei va determina odată cu administrarea sucurilor de fructe și îmbolnăvirea sugarului); f) durata cît se găsește pe piață un fruct (la noi sînt de preferat merele, morcovii, citricele, tomatele, deoarece *sugarii nu au nevoie de diversitate*, ci de uniformitate în alimentație); g) tendința la diaree sau la constipație: la cei constipați se preferă sucul de portocale, chiar

de struguri sau de pere; la cei cu tendință la diaree: merele, morcovii, bananele, afinele. La cei anemici, sînt foarte indicate sucul și pulpa de piersici, care au o cantitate mai mare de fier. La sugarul care primește greu sucul de fructe, acesta se amestecă fie cu ceai îndulcit, fie — mai bine — cu un aliment cu care este deja obișnuit și pe care-l tolerează bine.

Creșterea și dezvoltarea

380. Greutatea. În luna a II-a sugarul crește cu circa 750—900 g/lună, respectiv 25—30 g/zi sau 175—210 g pe săptămînă. Mama nu trebuie să se mire dacă sugarul ia mai mult sau mai puțin decît scrie în cărți (750 g/lună). Este bine să se întocmească un grafic, pe care să se traseze o curbă normală („ideală") de creștere pe tot anul; în fiecare lună se va trasa curba ponderală reală a sugarului. Curba ponderală constituie indicele esențial al creșterii sugarului. Dacă această curbă este ascendentă, înseamnă că totul merge bine. Dacă rămîne orizontală, va fi consultat medicul. Dacă traseul curbei sugarului este sub curba teoretică („ideală"), nu este un motiv de îngrijorare; esențial este ca ea să rămînă aproape paralelă cu prima. Fiecare sugar își are ritmul său de creștere; unii demarează mai devreme, alții mai tîrziu.

381. Lungimea sugarului se mărește cu 3—4 cm în această lună de viață.

Dezvoltarea neuro-motorie

Sugarul va avea mai mult control asupra mușchilor săi, mișcările vor deveni mai coordonate („coordonare motorie"). Progresele se fac totdeauna de la mușchii capului spre cei ai extremităților.

382. Motricitatea globală. **a) Culcat pe spate,** sugarul are încă tendința de a sta îndoit, cu membrele superioare și, mai ales cu cele infe-

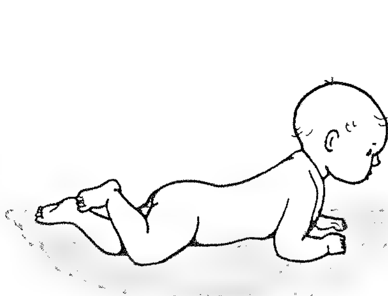


Fig. 102 — Sugar în luna a 2-a în decubit ventral.



Fig. 103

rioare în flexie. Cu fiecare săptămînă începe să stea tot mai mult întins, cu brațele dezdoite, îndepărtate de trunchi și membrele inferioare mai întinse, cu unghiul format din articulația genunchiului (de către coapsă și gambă) tot mai larg. Pedalează cînd cu un picior, cînd cu altul, rareori concomitent cu amîndouă. La începutul lunii a doua, stă culcat pe spate într-o poziție asimetrică: brațul și gamba de o parte întinse, iar cele de partea cealaltă

flectate. Capul are tendința să stea înclinat de partea membrelor întinse. Numai spre sfîrșitul lunii a doua și începutul celei de a treia sugarul culcat pe spate, stă într-o poziție simetrică și începe să pedaleze („să dea din picioare") concomitent cu ambele picioare.

b) Așezat pe burtă, sugarul nu mai stă îndoit, ci stă cu toracele întins, cu capul ridicat nu prea sus, nereușind să depășească un unghi de 45°.

Umerii sînt încă trași înapoi. Brațele sînt întinse, nu însă în mod stabil, sprijinul se face pe antebrațe.

Se menține flexiunea șoldului și această tendință fiziologică la flexiune face ca șezutul (regiunea fesieră) să fie într-o poziție ușor ridicată. Picioarele sînt îndepărtate și înclinate în afară față de șold; din cînd în cînd pedalează, alternativ. Gleznele și tălpile sînt întinse.

c) Mușchii brațelor și mîinilor. Începe să întindă și să ridice brațele de-a lungul capului. Pînă la începutul celei de a doua luni, sugarul stă permanent cu pumnii strîns închiși. Dacă un adult introduce un deget în mîna sugarului, el strînge și mai tare pumnul (fig. 103). Foarte încet, în tot cursul lunii a doua, degetele sugarului se desfac și, spre începutul celei de a treia luni, degetele sînt adesea desfăcute.

d) Susținut de axile (subsuoară), sugarul ține capul și pășește „automat", sprijinit pe vîrful picioarelor, cu mișcări de amplitudine mare, sacadat („ca un cosmonaut").

e) Poziția în pat. Fără a proscrie poziția de culcat pe spate, modul de dezvoltare a tonusului muscular arată că este mai bine ca sugarul să fie culcat în pat fie pe o parte, fie pe burtă (cum este tendința de cîțiva ani), începînd din a II-a—a III-a săptămînă. Poziția pe burtă are două avantaje: înlătură pericolul aspirării în căile respiratorii a lichidelor regurgitate și duce la întărirea mai rapidă a mușchilor spatelui, care vor permite mai tîrziu stațiunea în picioare (fig. 104).

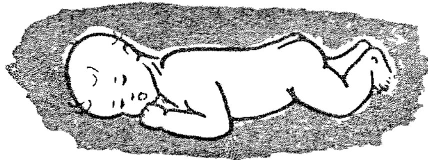


Fig. 104 — Culcarea pe abdomen a sugarului.

383. Fața sugarului începe să devină mai expresivă; el reacționează diferit în funcție de cum i se vorbește. El capătă treptat controlul asupra mușchilor feței, a mușchilor motori ai globilor oculari (cei care participă la mișcarea globilor oculari) și ai cefei.

384. Ochii. Datorită controlului nervos redus asupra mușchilor feței și ochilor, privirea sugarului de o lună nu „prinde" un obiect, decît dacă el este situat pe linia vizuală și la o oarecare distanță. Puțin cîte puțin însă, sugarul va fi capabil să urmărească cu privirea, astfel încît spre vîrsta de 3 luni el va putea urmări obiectele situate în tot cîmpul vizual. Acest progres este important, permițînd sugarului să-și îmbogățească experiența și, în primul rînd, să-și cunoască mama. Sugarul mic privește mai „atent" o figură umană decît un obiect colorat.

Dacă sugarul este dus cu căruciorul în grădină, el este încîntat de jocul luminii și de mișcările ramurilor.

Dacă i se trece un obiect roșu-strălucitor prin fața ochilor, sugarul îl va urmări doar pentru cîteva secunde. Dacă se repetă experiența pe o durată mai lungă de timp, sugarul „se plictisește" sau începe să „se uite cruciș"; de altminteri strabismul este trecător la această vîrstă.

385. Limbajul. *A. Gînguritul.* În momentele de mulțumire și de veselie, sugarul emite cîteva zgomote din gît, care puțin cîte puțin se organizează sub formă de *gîngurit*. Sugarul „secate" mai multe sunete (a, e, o, u, ee). Spre sfîrșitul lunii leagă aceste vocale cu un „h" (ha, he, ehe). Rîsul este încă gutural și însoțit de mișcările mușchilor mimicii.

B. Țipetele. A țipa este încă modul său de comunicare. El simte global (cu tot corpul) și se exprimă încă global: dacă se simte bine, el este destins, gîngurește, surîde, dacă are o oarecare indispoziție se agită, țipă.

În timp ce în prima lună mama nu poate distinge deloc ce vrea sugarul să-i comunice prin țipătul său, acum ea începe să perceapă nuanțele cele mai fine, învață să-și înțeleagă sugarul.

a) **Țipătul de foame** este imperativ, se însoțește de mișcări de supt ale buzelor, de rotații ale capului în căutarea sînului sau biberonului. Survine, în general, la un sfert sau o jumătate de oră înainte de ora prevăzută pentru masă. El se liniștește puțin, apoi reîncepe mai intens, pentru a nu înceta decît dacă mama îl alăptează.

b) Țipătul de indispoziție este aproape continuu și are un ton diferit, mai penibil poate; se însoțește de agitație și nu se calmează decît dacă mama descoperă cauza neplăcerii: sugarul este prea strîns înfășat, este ud, îi este prea cald sau îl jenează o lumină prea puternică.

c) Țipetele declanșate de colici sînt acute, se însoțesc de mișcări de îndoire ale gambelor, de agitație, de emisie de gaze. Dacă scaunele sînt normale, dacă nu se adaugă vărsături și dacă sugarul are un aspect normal, nu sînt motive de neliniște: aceste crize sînt frecvente în luna a doua (dispar treptat după 3—4 luni).

Pentru calmarea colicilor, recomandăm, în ordinea eficienței, următoarele mici artificii de tehnică:

1) Sugarul va fi alimentat (la sîn sau cu biberonul) ceva mai încet.

2) În timpul alimentației mama va fi calmă, destinsă.

3) După ce este alimentat, sugarul va fi ținut 2—5 minute în poziție verticală, sprijinit cu capul pe umărul mamei și cu abdomenul strîns lipit la pieptul mamei, dacă este posibil „piele pe piele". Căldura și compresiunea locală calmează colicile. Apoi va fi culcat în patul lui pe burtă.

4) Sugarul va fi culcat pe burtă și mama va apăsa încetișor cu mîna dreaptă pe abdomenul sugarului, începînd din partea dreaptă și de jos a abdomenului și înaintînd sub forma unui arc în sus, spre stînga și în jos (spre ficat → sub coaste → unghiul superior stîng din zona splinei → în jos pe flancul stîng al abdomenului) în direcția acelor de ceasornic. În acest fel bulele de aer se îndepărtează, spasmele intestinale cedează, conținutul intestinal își schimbă poziția și poate progresa spre segmentele terminale ale colonului.

5) În sfîrșit, se poate încerca manevra care este trecută în toate cărțile noastre: aplicarea pe abdomen a unei comprese înmuiate în apă caldă (nu fierbinte!) și stropită cu spirt (alcoolul în cantitate mare poate fi aspirat de sugar sau absorbit prin piele, ducînd la intoxicație!).

6) Se va interoga mama asupra regimului alimentar și asupra tranzitului intestinal propriu. Ingestia anumitor alimente (cafea, ceai „rusesc", băuturi alcoolice, varză, fasole uscată etc.) sau consumul unor medicamente (cofeină, miodin, purgative etc.), diareea, „crizele" de colită sau de ficat ale mamei declanșează adesea colici abdominale la sugarul alăptat.

7) Cînd colicile sau crizele de plîns (fără motiv precizat) se repetă, se va folosi la nevoie metoda „tradițională" atît de mult discutată: sugarul va fi culcat pe burtă și i se va da suzeta. Nu uitați să fierbeți suzeta în fiecare zi și să o spălați cînd cade jos!

8) Dacă nu se reușește cu niciuna din aceste metode, se apelează la medicul care va stabili dacă nu este vorba de o manifestare a vreunei boli mai

serioase. În cazul în care nu este vorba de țipete declanșate de o boală, unii medici recomandă o poțiune calmantă.

d) Țipetele care anunță somnul sînt mai monotone și survin după o perioadă de veghe în timpul căreia sugarul a fost tulburat de persoanele din jur (îngrijiri, mîngîieri excesive, vizite ale prietenilor familiei). Sugarul va fi dus într-un loc liniștit și va fi culcat; se va calma imediat. La nevoie, vor fi slăbite scutecele cu care sugarul este prea strîns înfășat. Eventual, dacă este pus în cărucior, va fi plimbat puțin (chiar numai prin apartament).

e) Țipetele care exprimă numai bucuria de a face zgomot și de a arăta o oarecare putere: mama învață să le recunoască pentru că, de obicei, survin seara. Sugarul pare satisfăcut și totuși țipetele sale au tendința să revină în fiecare zi la aceeași oră. Mama nu trebuie să se sperie; dimpotrivă, aceste țipete sînt un semn de forță și de dorință de comunicare. De îndată ce este luat în brațe, el se liniștește, îi place să simtă căldura corpului mamei, mirosul ei, îmbrățișarea. Dacă mama se plimbă încetișor cu el prin cameră și dacă-i vorbește cu o voce blîndă, sugarul se liniștește, adoarme.

f) Țipătul ca semnal de alarmă survine fără o cauză aparentă; micile manevre paliative amintite mai sus rămîn fără rezultat. Dacă țipătul este acut și persistent, iar aspectul sugarului este modificat față de zilele precedente, se va chema medicul.

Astfel, în cea de a doua lună, știind să-l privească, să-l asculte, mama are să ajungă să învețe un lucru esențial: cum îl poate înțelege pe sugarul care nu are încă limbaj pentru a-și exprima dorințele, indispozițiile, suferințele.

La început orice mamă are ezitări, neliniști, dar curînd va fi mîndră să știe să interpreteze „apelurile" sugarului.

386. Afectivitatea. Comportamentul sugarului în primele șase săptămîni de viață nu reflectă decît două stări principale: *a)* plăcerea (mai degrabă liniștea), *b)* nemulțumirea. Sugarul are numai senzații simple, cum este senzația de „postură" (poziție); nu-i place să fie deranjat (cînd doarme, cînd este treaz, cînd mănîncă). Este esențial ca mama să-l îngrijească cu îndemînare și calm. Somnul adînc sau aspectul său de bunăstare cînd este trezit sînt oglindirea unei stări de echilibru satisfăcător. Cauzele de nemulțumire, de neconfort sînt numeroase, senzația de indispoziție pe care o antrenează se traduce prin țipete.

387. Percepția. Se pare că la această vîrstă *pragul percepției* este foarte ridicat. Excitațiile luminoase, auditive, gustative sau de miros trebuie să fie foarte violente pentru a fi percepute în mod penibil. Din contră, senzațiile cutanate, labirintice și interoceptive sînt foarte dezvoltate, mult mai mult decît la copilul mai mare; de aici nou-născutul și sugarii din primele luni au principalele neplăceri.

a) Sensibilitatea pielii este demonstrată prin țipetele și agitația sugarului care este murdar; materiile fecale și urina macerează, irită pielea. El reacționează violent în contact cu un obiect rece sau fierbinte. Din contră, țipetele sale sînt adesea calmate prin mîngîieri care îl bucură și-l satisfac ca pe un mic animal; contactul moale și cald al pielii unei alte persoane îi face o mare plăcere și pare chiar indispensabil pentru el.

b) Senzațiile interoceptive (cu punct de plecare în interiorul corpului) neplăcute sînt numai cele digestive. Gazele din stomac înghițite în timpul suptului, declanșează cîteodată senzații extrem de penibile, antrenînd frămîntări, însoțite de strîmbături ale feței, de țipete ce împiedică continuarea suptului; sugarul nu se calmează decît atunci cînd dă afară gazele; durerile și inapetența aparentă se calmează de la o zi la alta prin corectarea tehnicii de alimentație.

c) Foamea și setea sînt sursele cele mai importante de neplăcere ale sugarului mic; satisfacția pe care o are cînd suge merită o atenție deosebită. Din prima zi de viață a nou-născutului sănătos, suptul este singurul gest perfect coordonat și perfect adaptat; în timp ce toate celelalte mișcări sînt anarhice și incapabile de a atinge un scop precis, gura, chiar de la naștere, este sediul unui reflex dirijat, bine organizat, atingînd cu precizie scopul său și permițîndu-i să se alimenteze. Comportamentul sugarului în timpul suptului este cu totul particular: este calm, fericit, privește numai la mama sa, fix și cu intensitate, *„o soarbe din ochi"*, este intim legat de ea.

Toate aceste senzații sînt percepute de sugar încă global (este cuprins de ele în întregime, cu tot corpul). El este total satisfăcut sau total nemulțumit. Este foarte important ca mama să-i urmărească bine nevoile și ritmul său de viață. Va nota pe un caiet orele la care sugarul mănîncă, stă în stare de veghe etc. și-i va fixa programul zilnic (mese, schimbat, baie, plimbare) în funcție de caracteristicile și nevoile individuale. Puțin cîte puțin sugarul cunoaște pe mama sa: chiar de la sfîrșitul celei de a doua luni, vocea mamei produce reacții pe care celelalte voci nu le provoacă.

388. Zîmbetul. La jumătatea lunii a doua, sugarul răspunde la îngrijirile și mîngîierile mamei cu primul său zîmbet. La început sînt numai schițe de zîmbet, grimase ce apar aproape spontan și corespund — probabil — la senzații plăcute. Dar în mod limpede, de-abia în a șasea săptămînă, va apare un surîs adresat mamei, ca răspuns la vocea sa. *Se va nota această dată, care reprezintă un parametru de urmărire a maturării psihice a sugarului și în același timp o dată fericită în viața de familie.*

Supraveghere și îngrijiri

389. Somnul. În cursul celei de a doua luni de viață, somnul și veghea se modifică.

Somnul ocupă încă 17—18 ore din 24 de ore. Este mai adînc, dar și mai variabil. În timpul nopții, fazele de somn au tendința de a se suda: sugarul doarme cinci-șase ore fără întrerupere și renunță la masa de la ora 24 sau la cea de la ora 2; uneori la ambele, decalat, în decurs de 2—3 săptămîni.

Educația somnului. La această vîrstă trebuie făcut mai mult pentru educația somnului. Dacă nu există spațiu pentru o cameră separată pentru sugar, mama va găsi locul cel mai liniștit și mai ferit de curenți din casă. Vocile obișnuite nu îl deranjează pe sugar, dar aparatul de radio sau televizorul deschis îl agită și-i tulbură somnul. Lumina de la ora prînzului se va reduce (perdele), pentru ca somnul să fie mai adînc. În timpul nopții, se va stinge lumina în camera unde doarme sugarul. Nici un copil nu se naște cu teama de întuneric și nu trebuie făcut nimic (nici acum, nici mai tîrziu) ce i-ar putea crea această teamă. În primele luni, sugarul adoarme repede. Mai tîrziu stă cîtva timp treaz, „vorbește" singur și privește în jur.

390. Starea de veghe devine mai netă, sugarul este mai activ, privirea mai vie. Chiar de la începutul lunii a doua, mama descoperă două sau trei perioade de veghe mai nete: una dimineața, una după amiază și una seara. Mama va exploata orele de veghe pentru baie, plimbare și, bineînțeles, pentru alimentare; toate, dar mai ales masa și baia, trebuie programate cînd sugarul este treaz. În perioadele de veghe, mama îi va vorbi și (dacă are voce și bună-dispoziție) îi va cînta.

Din luna a doua, sugarul începe să se integreze în viața de familie, în ritmul său propriu, în perioadele de tăcere și de animație din jurul său (R. Debré, Alice Doumiec-Girard).

391. T e m p e r a t u r a c a m e r e i. În camera sugarului se va menține temperatura în care se simte bine toată familia. Normal, în cărțile străine, se recomandă 18—19°C, iar noaptea și mai puțin (16—18°C). În România, majoritatea familiilor tind să-și țină locuința la temperaturi mai ridicate. Atîta timp cît nu este excesiv de frig sau de cald, sugarul se va adapta la temperatura care pare mai plăcută adulților. Trebuie știut însă că sugarii dorm mai bine și se călesc mai ușor atunci cînd sînt ținuți în camere nu excesiv de încălzite.

392. S c a u n e l e. Sugarul alimentat natural are un număr de scaune care variază între 1 și 5—6 pe zi. La sugarul alimentat la sîn, constipația adevărată este rară; de aceea nu se întreprinde nimic dacă scaunele sînt mai reduse ca număr. Dealtfel, după introducerea sucurilor de fructe scaunele devin, în general, mai numeroase și mai moi.

La sugarul alimentat artificial, scaunele sînt mai rare (1—3 pe zi), dar mai voluminoase.

393. M i c ț i u n i l e sînt încă destul de numeroase, în jur de 10 în 24 de ore. Sugarul nu va fi schimbat de cîte ori urinează, ci numai înainte de masă. Fac excepție sugarii care nu „se suferă" să stea uzi (se agită, nu dorm, plîng) sau cei care sînt predispuși la eritem fesier (în general cei blonzi, cu pielea foarte fină).

Cînd sugarul este prea gros îmbrăcat, camera este prea încălzită și în lunile de vară, micțiunile sînt mai rare și cu urini în cantitate mică. Dacă numărul de micțiuni scade sub 5 în 24 de ore, se va da să bea mai mult.

394. Î m b r ă c ă m i n t e a. a) Pantalonașii. Unii sugari încep să dea din picioare, încît scutecele „nu mai stau" pe ei. Pentru a preveni „destășarea" și pentru a avea libertate de mișcare, pot fi îmbrăcați în pantalonași cu botoșei (salopetă). Se lasă de o parte scutecul mare și scutecul mic dreptunghiular. Se preferă 2 scutece din tifon. Pantalonașul va fi bine fixat (încheiat pe umeri), astfel încît să nu se deplaseze la mișcări.

b) Scutecele din celuloză sînt foarte practice, deoarece se economisește rufăria și nu sînt iritante. Trebuie să fie confecționate însă dintr-un material absorbant. Se folosesc o singură dată.

c) Chiloții din cauciuc sau din material plastic sînt impermeabili, împiedicînd respirația pielii. Produc adesea roșeața pielii și iritație; la unii sugari chiloții din material plastic produc boli alergice ale pielii. Se pot folosi numai în situații speciale (excursii mici etc.). În caz de eritem fesier, sînt strict contraindicați.

d) Îmbrăcarea sugarului pentru plimbare. Dacă sugarul este scos la plimbare sau este ținut afară (balcon, grădină), cînd timpul este rece, se îmbracă cu o jachetă de lînă și o căciuliță. Unii sugari nu suportă lîna direct pe piele; de aceea gulerul, manșeta sau șnurul de la căciuliță nu trebuie să vină în contact direct cu pielea. Se învelește cu o pătură sau cu o plapumă cu puf. În zilele calde, însorite, nu se folosește nici un obiect de lînă la îmbrăcatul sugarului, ci numai din bumbac. Vara, corpul trebuie protejat de acțiunea directă a razelor solare.

395. Î n c ă l ț ă m i n t e a. Picioarele trebuie să aibă libertate de mișcare. Din momentul cînd sugarul începe să pedaleze, poate fi îmbrăcat cu salopetă, iar în anotimpul cald cu chiloți și botoșei (după 2 luni).

396. S u p t u l d e g e t u l u i. În luna a 2-a se întîmplă rar ca sugarul să înceapă să-și sugă degetul. La 2 luni aceasta se poate întîmpla. Din luna a 3-a și mai ales din luna a 4-a, cînd este în stare să-și controleze mîinile, suptul degetului este mai frecvent, putînd deveni o problemă. Dacă sugarul își suge degetul numai înainte de masă, înseamnă că este flămînd; dacă însă îl suge numai după mese, s-ar putea să nu se fi săturat sau să-și fi format deprinderea aceasta de pe acum pentru a adormi. Se va reveni în capitolele următoare asupra acestei probleme (vezi punctul 426).

397. O m b i l i c u l mai ridică probleme și în luna a 2-a la unii sugari. Ombilicul poate fi proeminent. Este vorba de așa-numitul *ombilic cutanat*. Nu are nici o legătură cu modul cum a fost legat ombilicul la naștere. La palpare nu se simte nici o lipsă de substanță în peretele abdominal (ceea ce se întîmplă de regulă în caz de hernie).

Nu se ia nici o măsură; nu sînt motive de îngrijorare!

În caz de hernie ombilicală, peretele abdominal este proeminent. Hernia se datorește unei laxități tranzitorii a țesutului dintre mușchii peretelui abdominal (pe linia mediană). Cu vîrsta, mușchii se fortifică și aproape toate aceste hernii dispar în decurs de cîteva luni. Unii medici recomandă încă aplicarea unui pansament cu leucoplast. În ultimul timp se recomandă tot mai puțin acest lucru, deoarece leucoplastul nu ajută la rezolvarea herniei, ci — dimpotrivă — singurul efect cert este iritația locală a pielii de care aderă leucoplastul.

Numai în foarte rare cazuri este necesară intervenția chirurgicală (la cele care persistă după vîrsta de 3 ani).

398. T u r t i r e a c a p u l u i nu este un semn patologic la această vîrstă. Dacă sugarul stă culcat mult pe spate, regiunea occipitală se turtește puțin. Dimpotrivă, regiunea occipitală este mai proeminentă cînd sugarul doarme pe o parte. Deformarea se datorește faptului că la sugar oasele sînt mai moi; deformarea este tranzitorie. Dacă nu este prea accentuată, capul revine la forma normală după vîrsta de 6 luni.

Recomandările de a schimba poziția capului sugarului cînd pe o parte, cînd pe alta, eșuează de regulă, deoarece sugarul (ca și adultul dealtfel) preferă să doarmă pe o anumită parte. Tentativa de a-i fixa capul între perne este periculoasă, putînd duce la sufocarea sugarului.

Mai multe succese se obțin prin următoarele măsuri:

— culcarea sistematică a sugarului din luna a II-a în poziția „pe burtă" (vezi și punctul 237c);

— pe măsură ce sugarul se mărește, în perioadele de veghe urmărește ce se petrece în jurul lui; se schimbă fie poziția sugarului, fie poziția patului, pentru a-l obliga să întoarcă privirea spre partea de cameră care prezintă interes (membrii familiei care vorbesc și se mișcă; un obiect strălucitor etc.).

Se va urmări ca salteaua să fie fermă și să aibă o suprafață perfect orizontală, fără neregularități sau înclinații, care-l fac pe sugar să alunece mereu în aceeași parte.

Se va urmări de asemenea evitarea deformării pavilioanelor urechilor.

> *După luna a III-a, turtirea craniului, asociată cu înmuierea zonei parieto-occipitale poate constitui un semn precoce de rahitism. Se va consulta pediatrul!*

399. C u r ă ț e n i a c o r p o r a l ă. Baia se face zilnic (așa cum s-a arătat la punctul 293).

Revenim cu indicaţia de a nu se curăţa zilnic orificiile nazale şi ale conductului urechii. Este suficient dacă nasul se curăţă pe deasupra cînd se spală faţa cu mănuşa. La urechi, se insistă mai mult la pielea de după urechi; ştergerea cu prosopul va fi foarte minuţioasă, atît la pavilioanele urechilor, cît şi la zonele din jurul lor. Umezeala de la orice cută a pielii duce la iritaţii, roşeaţă şi chiar la infecţii secundare, cu eroziuni şi zemuiri („intertrigo retroauricular", de exemplu).

Este o greşeală de a se umbla zilnic în nasul sugarilor cu tampoane de vată sau cu comprese. Cu atît mai mult este o mare greşeală de a se folosi chibrituri sau alte obiecte dure, înfăşurate în vată, pentru a curăţa nasul şi urechile.

Dacă sugarul are guturai, i se uşurează respiraţia punînd de mai multe ori pe zi picături de ser fiziologic în nas, după care se aspiră mucozităţile înmuiate de acest „ser" cu ajutorul unei pompiţe sau a unei pere mici de cauciuc, cu extremitatea efilată (foarte subţire).

Supraîncălzirea camerei în care este ţinut sugarul duce la uscarea mucoasei nazale, cu dificultăţi în respiraţie nazală, nelinişte, tulburări de somn.

Nu se şterge gura sugarului, deoarece se pot produce leziuni ale mucoasei bucale, ce constituie porţi de intrare pentru microbi.

400. Jocul. În luna a II-a mama îşi programează zilnic o scurtă perioadă de „joc", în care sugarul să poată simţi şi savura atenţia, căldura şi afecţiunea mamei. Dacă este posibil, este bine să asiste şi chiar să participe tatăl, care este dator să înveţe să se poarte cu sugarul. Încă de acum începe înfiriparea „comunităţii" MAMĂ—COPIL—TATĂ. În timpul acestui joc, sugarul va fi îmbrăcat mai uşor, eventual fără pantalonaşi, pentru a avea prilejul să se mişte în voie. Sugarul se bucură de vocea mamei, de zgomotul unei jucării; dacă i se trec prin faţa ochilor lentilele unor ochelari sau un obiect strălucitor, întoarce privirea spre el, iar dacă obiectul este mişcat, încearcă să-l urmărească cîteva momente.

401. Scoaterea afară la aer şi soare. La punctul 301 s-a arătat că dacă vremea este favorabilă, nou-născutul poate fi scos la aer de la vîrsta de 2 săptămîni. Dacă din cauza condiţiilor meteorologice nu s-a putut face nici o plimbare pe afară în primele săptămîni de viaţă, acest lucru trebuie făcut neapărat imediat ce sugarul a împlinit o lună. Pe lîngă o alimentaţie şi o îngrijire corectă, sugarul are nevoie de aer şi soare suficient pentru ca să se dezvolte bine. Scoaterea pe balcon sau în grădină cer mai puţin timp din partea mamei. Dacă este posibil, sugarul trebuie scos la aer 1—3 ore în fiecare zi. Chiar şi mamei îi prinde bine o astfel de pauză pentru destindere şi mişcare. În caz că vremea este urîtă sau în zilele prea friguroase de iarnă, se poate apropia patul de fereastra deschisă, timp de 1—2 ore; îmbrăcămintea va fi la fel ca pentru plimbare.

Plimbarea sugarului nu înseamnă însă scoaterea „în lume". Mama va avea grijă să nu se apropie străini de căruciorul sugarului. Pentru sugar, cel mai bine este să fie aşezat într-un loc liniştit, ferit de vînt, pe un balcon sau într-o grădină. Dacă este scos la plimbare, se vor evita străzile aglomerate, zgomotoase, praful, aerul poluat de maşini, mijloacele de transport în comun.

402. Vizita medicală. Chiar dacă un sugar este sănătos şi creşte bine, el trebuie văzut periodic de medic (de 2 ori pe lună) şi de sora de ocrotire (de 1—2 ori pe săptămînă). Medicul poate controla astfel stadiul lui de dezvoltare, depistează la timp unele boli, fixează alimentaţia. De la sora de ocrotire, mama se informează asupra amănuntelor privind alimentaţia, îngrijirile, creşterea sugarului. Este bine ca mama să-şi noteze din timp problemele care o preocupă şi să le clarifice cu medicul sau cu sora de ocrotire

în cursul vizitelor la domiciliu sau la „ziua de puericultură" săptămînală de la dispensar. Neglijenţele din primele luni de viaţă ale sugarului pot avea ca urmare tratamente medicale ulterioare prelungite.

Reluarea activităţii mamei în cîmpul muncii

403. a) Conform legislaţiei socialiste (art. 89 din Codul muncii) „femeile gravide au dreptul la un concediu plătit de 52 de zile înainte de naştere şi 60 de zile după naştere, cu posibilitatea compensării între ele". Mama care alăptează beneficiază, în continuare, de un program redus de 6 ore. Asistenta de ocrotire se va ocupa de pregătirea mamei şi sugarului, în vederea adaptării la o schimbare care, dacă nu se face corect, poate avea repercusiuni grave. De la 6 săptămîni, sugarul a fost obişnuit cu sucul de fructe. Dacă este alimentat numai la sîn, cu 7—10 zile înainte de reluarea serviciului, se va introduce la masa a doua un preparat de lapte. Se va începe cu o cantitate de 25 ml şi se va creşte zilnic cu aceeaşi cantitate, pentru ca în 6—7 zile să se ajungă la un biberon de 150—170 ml, care să înlocuiască complet sînul la masa respectivă. În cazul cînd se dă lapte de vacă, diluţia laptelui va fi de 2/3 lapte şi 1/3 apă de orez 2—3% şi se va îndulci cu 5% zahăr. Laptele praf (Lactosan) se va prepara în concentraţie de 9% (2 măsuri a 4,5 g), în apă de orez 3% şi îndulcit cu 5% zahăr. Respectiv, biberonul se va prepara în modul următor:

— fie 120 ml lapte de vacă proaspăt + 60 ml apă de orez 3% (la 1 000 ml apă se adaugă 30 g orez) şi 8 g zahăr;

— fie 200 ml apă de orez 3% la care se adaugă (4 la început şi apoi treptat 6 măsuri a 4,5 g) praf de lapte şi 10 g zahăr;

— fie, cel mai bine un preparat adaptat (Humana 1, Similac, Milupa 1 etc.) sau parţial-adaptat (Robebi A).

La început, mama va pregăti personal, dimineaţa înainte de plecare, biberonul respectiv, şi-l va lăsa la frigider, urmînd să fie încălzit înainte de a fi dat copilului. Dacă are lapte suficient, ea se va mulge şi va pune laptele într-un biberon steril, păstrat numai în frigider şi încălzit înainte de administrare.

b) Persoana care îngrijeşte copilul în lipsa mamei care-şi reia serviciul va fi aleasă cu mult discernămînt. Rudele sînt cele mai bune înlocuitoare, cu condiţia ca, în absenţa mamei, copilul să fie îngrijit conform indicaţiilor părinţilor, medicului şi sorei de ocrotire.

Se poate apela eventual la o vecină, care are de asemenea un sugar. Dacă lucrează în schimburi, cele două vecine vor îngriji alternativ pe cei doi sugari. Mamele care lucrează în schimburi pot de asemenea lăsa copiii acasă în grija taţilor, dacă programul de lucru al acestora o permite.

În lipsa unei rude, se va angaja o persoană străină sau se va duce copilul la creşă. Dacă, dintr-un motiv sau altul, nu se recurge la serviciile creşei, persoana care se ocupă de îngrijirea sugarului, trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

— să fie o persoană de încredere,
— să fie cinstită,
— să aibă experienţă în îngrijirea copilului,
— să iubească copilul şi să se poarte frumos cu el,
— să aibă Buletin de identitate cu viza „la zi" la Circumscripţia de miliţie de care aparţine (adresa va fi notată bine de părinţi);

— să fie sănătoasă: se va face în prealabil microradiografia pulmonară, reacția Bordet-Wassermann (pentru depistarea sifilisului), examen genital în vederea depistării unei boli venerice, se va verifica să nu aibă vreo boală de piele (infecțioasă sau micotică), să nu sufere de vreo afecțiune nervoasă sau psihică;

— să aibă istețimea necesară pentru a se descurca în situații neprevăzute.

Ce informații se dau femeii care rămîne singură în casă cu sugarul: denumirea, adresa și numărul de telefon ale instituțiilor unde lucrează cei doi părinți; numele, adresa și numărul de telefon al persoanelor la care eventual, părinții merg în vizită.

c) **Creșa.** După epuizarea concediului legal de după naștere, copiii salariatelor pot fi îngrijiți în creșe. Acestea funcționează cu programe de 8—12 ore sau cu program săptămînal. Mama va discuta din timp cu sora de ocrotire despre formalitățile necesare admiterii în creșă.

Copiii sînt repartizați în creșă pe grupe de vîrstă după cum urmează: a) sugari; b) antepreșcolari de grupă mică: 12—18 (22) luni; c) antepreșcolari de grupă mijlocie: 18—30 luni; d) antepreșcolari de grupă mare: 30—36 luni.

Creșele sînt instituții adecvate pentru creșterea copiilor în condiții corespunzătoare: amplasare; teren de joc și pentru scos copiii la aer; clădire cu dimensiuni și arhitectură ce asigură instalarea copiilor pe grupe de vîrstă, cu circuite funcționale ce permit prevenirea bolilor transmisibile în colectivitate. Alimentația se fixează și se dă copiilor după criterii științifice. În cursul îngrijirilor ce se dau sugarilor, în patul lor sau pe masa de înfășat, în timpul alimentării și al îmbăierii, surorile și infirmierele stimulează dezvoltarea psihică și motorie a sugarului, corespunzătoare fiecărei vîrste, așa cum au fost arătate la capitolul despre sugar. Pentru desfășurarea procesului de educație, creșele sînt prevăzute cu jucării (vezi punctul 553) și mobilier adecvat vîrstei (țarcuri, scaune înalte, scaune pe rotile, mese mici etc.).

Pe lîngă o pregătire profesională temeinică de bază (teoretică și practică), persoanele ce îngrijesc sugarul trebuie să aibă calități individuale deosebite: să le placă și să iubească copiii; să fie răbdătoare (gesturi și vorbire); să aibă îndemînare; să fie curate etc. Într-un cuvînt, pe lîngă pregătire medicală și pedagogică, este necesar ca orice soră pediatră să posede toate calitățile pentru a ține locul de mamă.

Dintre obiectivele de bază urmărite în creșă sînt: a) asigurarea condițiilor corespunzătoare de viață (alimentație, somn, călire), pentru o dezvoltare armonioasă fizică și psihică); b) evitarea îmbolnăvirilor prin: triaj corect la primirea sugarului, vaccinările și imunizările efectuate la timp, depistarea precoce a bolilor contagioase și urmărirea contacților; păstrarea regulilor de igienă; c) urmărirea și stimularea capacităților umane, specifice perioadei de sugar: apucarea cu mîna, mersul, afectivitatea (dragostea pentru persoanele care îngrijesc copilul), limbajul etc.

De la 2 la 3 luni

În următoarele patru săptămîni începe un stadiu de dezvoltare ce ar putea fi numit „săptămînile de aur ale vîrstei de sugar".

În luna a treia ia aspectul caracteristic de sugar: capul devine mai rotund, buzele roze, privirea vie. Părul și ochii capătă culoarea adevărată.

Sugarul și-a fixat un program de alimentație și de somn. Nu mai doarme atît de mult și în perioadele de veghe plînge mai puțin decît înainte. Cu multă

curiozitate și nevoie de cunoaștere, cercetează tot ce-l înconjoară. Se bucură de societatea mamei și-i comunică prin semne că se simte bine.

Și-a descoperit mîinile, le privește și se joacă cu ele minute în șir. Pedalează mult, dacă picioarele sînt descoperite sau dacă poartă pantalonași. Încep să se schițeze primele semne ale personalității.

Din luna a treia îngrijirea sugarului permite mamei destul de multă libertate. Ea va folosi acest timp liber pentru a se juca cu el; jocul este un adevărat eveniment pentru sugar. Dragostea și atenția care i se acordă acum vor fi răsplătite din plin.

Alimentația

404. **Orarul meselor.** Unii sugari mai primesc 6 mese pe zi: totuși, dacă el trebuie trezit pentru a i se da ultima masă, mama poate foarte bine să încerce să-l treacă la 5 mese în 24 de ore, mărind intervalele dintre mese la $3^1/_2$— 4 ore și dînd mese mai consistente.

405. **Numărul de mese.** Indiferent de felul alimentației (naturală, mixtă, artificială), sugarii, în marea lor majoritate, ajung să se mulțumească cu 5 mese în 24 de ore; numai o parte dintre sugari mai au încă nevoie de 6 mese pe zi la 3 luni; foarte puțini mai sug de 7 ori în 24 de ore.

406. **Rația alimentară** este mai mare, dar cu variații importante de la un sugar la altul. Unii se mulțumesc și cresc cu 650—700 ml în 24 de ore, respectiv (110—120 ml în medie la fiecare masă), iar alții țipă și după ce primesc 850—1 000 ml în 24 de ore (6 mese × 150 ml sau 180 ml × 5 în 24 de ore). Medicul va adapta rațiile, care nu se vor impune după reguli teoretice, ci se vor individualiza la apetitul și nevoile alimentare ale fiecărui sugar.

La cei care solicită mai mult și/sau nu cresc cu 170—210 g pe săptămînă, se poate crește concentrația laptelui, după cum urmează:

a) **Laptele praf** (Lactosan) resuspendat și fiert în apă simplă în concentrație de 10—12% ($2^1/_2$ măsuri a 4,5 g) în apă simplă cu 5% zahăr. Dacă sugarul nu crește, se va mări treptat concentrația cu fiecare săptămînă pînă se ajunge în luna a IV-a la cel mult 13,5% (3 măsuri) cu 5% zahăr și cu 2% amidon de porumb (zeamil). La sugarii cu tendință la diaree (scaune mai numeroase și mai moi), laptele se prepară în apă de orez 2—3% cu 5% zahăr.

b) **Laptele de vacă** nemodificat, nedegresat (34—40% grăsimi) ar trebui dat diluat (2/3 lapte și 1/3 apă simplă) totul îndulcit cu 5% zahăr și cu 3—4% zeamil; după fierbere, pentru a-l apropia de compoziția laptelui mamei, ar trebui îmbogățit cu ulei de floarea soarelui sau de germen de porumb, amestecat bine cu mixerul sau cu telul. Uleiul trebuie să fie bine rafinat și recent fabricat. Pentru a evita riscurile unei diarei, recomandăm să se folosească, cel puțin un timp de cîteva săptămîni, lapte de vacă integral diluat ca mai sus cu apă de orez 3% și totul îndulcit cu 4—5% zahăr, iar dacă sugarul nu crește în greutate diluația se va face 3/4 lapte + 1/4 apă de orez.

c) **Humana 1** se va înlocui eventual cu Humana 2 în concentrație de 14% (2 măsuri rase la 100 ml);

d) **Similac-ul** se va prepara cu 1 măsură la 50 ml apă în loc de 1 măsură la 60 ml.

Nu se introduce încă grișul cu lapte, așa cum în mod greșit fac unele mame!

În cazul *alimentației naturale*, unii sugari sînt nemulțumiți la sfîrșitul unor mese. Mama va face totul pentru a ameliora secreția lactată: se va odihni și va dormi îndeajuns, va bea lichide suficiente, nu se va enerva, va lăsa sugarul să golească bine sînul etc. Obsesia că nu are lapte suficient sau că-i piere laptele are un efect negativ asupra secreției lactate. Nu sîntem de părere să se practice „proba suptului", care duce la nevrozarea familiei și la concluzii eronate. Pentru moment, dacă s-a introdus sucul de fructe și sugarul îl tolerează bine, se va crește rația de 60—80 ml pe zi. Dacă la cîntărirea de la sfîrșitul săptămînii creșterea este sub 150 g, iar sugarul continuă să plîngă după unele mese și cere să mănînce mai des, se poate introduce un preparat de lapte (Lactosan, Humana I, Similac), alt preparat de lapte adaptat (Milupa, Aponti etc.), parțial adaptat (Robebi A) sau alt preparat industrial de lapte praf (Gluvilact 1, Gluvilact 2, Suceveana, Mureșul etc.), după recomandările medicului, la masa a III-a sau a IV-a, începînd cu cantități mici (25 ml), crescute progresiv pînă la înlocuirea unei mese întregi. În mijlocul și în partea a II-a a zilei, mama este mai obosită și atunci secreția lactată scade. Înlocuirea unei mese asigură mamei un repaus fizic și posibilitatea ca secreția lactată să fie suficientă la celelalte mese.

În timpul cînd se înlocuiește o masă la sîn cu alt preparat de lapte nu se mai fac alte modificări în alimentație și se urmăresc cu atenție mai mare scaunele (număr, consistență, miros).

Introducerea de suc de fructe la o masă nu înlocuiește laptele; la masa respectivă, după suc se dă lapte (sîn sau lapte praf).

407. Menstruația și alăptarea. La o parte din mamele care alăptează, foliculii ovarieni nu se maturează; la acestea menstruația nu revine decît după înțărcarea copilului. La multe altele însă, ovarele își reiau activitatea mai devreme. În timpul menstruației mamei, unii sugari sînt mai agitați, sug mai prost și pot avea scaune grunjoase. Se pare că prin lapte se elimină unele substanțe (menotoxine) care ar fi cauza tulburărilor mai sus amintite. Dovada ar constitui-o observația că frunzele de mușcată se ofilesc repede cînd se pun într-un pahar cu lapte de mamă din timpul menstruației, spre deosebire de laptele obișnuit, în care frunzele de mușcată își mențin prospețimea și culoarea.

Dacă a survenit o nouă sarcină în perioada de alăptare, medicul va decide momentul înțărcării, dar nu mai tîrziu de luna a V-a de sarcină, cînd organismul matern nu poate face față la ambii „paraziți".

408. Vitamine. Sugarul primește din lapte cantitățile necesare de vitamina A, precum și vitamine din grupul B. Necesarul de vitamina C este asigurat prin administrarea sucului de fructe sau zarzavaturi (vezi punctul 379).

Vitamina D nu se găsește practic în nici un aliment, în afară de ficatul de morun. Cantitățile mici din gălbenușul de ou, lapte, unt etc. nu acoperă nevoile copilului. Multă vreme medicii de copii au afirmat că, dacă sugarul este ținut mult la soare, nu mai este nevoie să i se administreze un preparat cu vitamina D. Nimeni nu știe sigur cît trebuie expus un sugar pentru a-i acoperi necesitățile de vitamină D. Nimeni nu se poate baza numai pe soare, atunci cînd atmosfera este plină de praf, fum sau ceață. În concluzie, în primul an de viață trebuie să se administreze vitamina D în doză suficientă tot timpul anului, sub forma indicată de medic. În caz contrar, vor apărea semne de rahitism, care se instalează în primele luni de viață, în perioadele de creștere maximă. Formele grave de rahitism apar îndeosebi la

prematuri, gemeni și la sugarii care s-au născut cu greutate mică și apoi au crescut rapid.

409. Poziția sugarului în timpul alimentației este foarte importantă. Sugarul se așază în brațe și se imobilizează: mîna stîngă a mamei cuprinde mîna stîngă a acestuia, iar brațul drept este imobilizat între brațul stîng și corpul mamei. Capul se sprijină pe plica cotului mamei. Gîtul și pieptul sugarului se acoperă cu o bavețică.

Creșterea și dezvoltarea

Creșterea

410. Creșterea în greutate este de 25—30 g pe zi, respectiv 750—900 g pe lună. Dacă s-a născut cu 3 200 g, la începutul lunii a 3-a cîntărește 4 700 g, iar la începutul celei de a 4-a luni 5 300—5 750 g, înseamnă că sugarul a crescut normal.

411. Lungimea. Dacă s-a născut cu 50—52 cm, la sfîrșitul lunii a 3-a va avea 57—60 cm.

Dezvoltarea motorie și psihică

412. Motricitatea globală. a) **Așezat pe spate** („decubit dorsal"). Sugarul poate sta culcat pe spate în poziție simetrică; uneori încearcă să se întoarcă spre ambele părți; de aceea, de la această vîrstă apare pericolul de a cădea de pe masa de înfășat.

Capul poate fi ținut pe linia mediană, dar frecvent îl întoarce și-l ține într-o parte sau alta, partea trunchiului de latura respectivă părînd mai scurtă și sugerînd o poziție asimetrică.

Mîinile pot fi aduse, spre sfîrșitul lunii a 3-a, pe linia mediană pentru a fi privite. „Descoperă" mîinile și își petrece mult timp privindu-le și observîndu-le în mișcare. Mîinile sînt primele părți ale corpului pe care sugarul

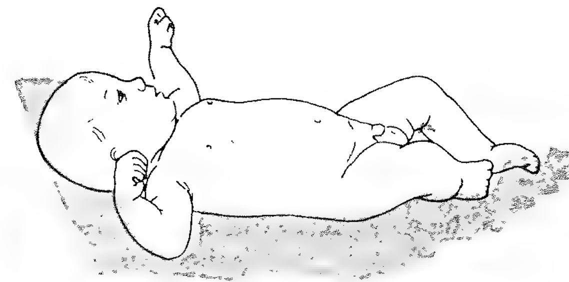


Fig. 105 — Sugar în luna a 3-a, culcat pe spate.

le descoperă că-i aparțin. Treptat, în cursul lunii a treia, degetele se deschid și se întind; spre trei luni palma este aproape complet desfăcută, cu degetele numai ușor îndoite. Dacă i se pune în mînă o jucărie (ușoară, viu colorată, sunătoare), o apucă și o ține strîns cîteva minute. Cîteodată „cuprinde" obiectul cu ochii și încearcă să-l ducă la gură. Este un început al coordonării mișcării între simțul tactil (pipăit și văz).

Membrele inferioare se găsesc în rotație externă, îndoite și ușor îndepărtate. În stare de veghe, pedalează („dă din picioare") tot timpul (fig. 105).

b) **Culcat pe burtă** (*„decubit ventral"*). Sugarul stă în poziție simetrică, sprijinit pe antebrațe și cu capul ridicat pînă la un unghi de 45°. Sprijinul pe antebrațe este încă instabil. Capul poate fi mișcat și culcat cînd pe o parte, cînd pe alta (vezi fig. 102). Sugarul face uneori mișcări de tîrîre, fără a reuși să se deplaseze.

c) **Tracțiunea din poziția culcat pe spate.** Dacă sugarul este apucat de mîini, reușește să-și ridice capul, dar acesta mai pendulează într-o parte sau în alta. După ce însă a fost bine ridicat, capul nu mai cade înainte sau înapoi.


Fig. 106 — În tracțiunea din decubit dorsal, sugarul își ridică și capul.

În timpul tracțiunii, membrele inferioare sînt și ele duse în față, dar persistă îndoirea în articulația genunchilor (fig. 106).

d) **Ridicarea în picioare cu susținerea de subsuoară (axile).** Dacă mama susține pe sugar de subsuoară, acesta se sprijină pe picioare pentru scurt timp. Membrele inferioare par contractate cu genunchii în extensie (întinși) și cu flexie (îndoire) în articulația șoldului. Trunchiul este în extensie; capul este bine controlat și se poziționează în spațiu.

413. Motricitatea fină și apucarea. Dacă mama plimbă o pereche de ochelari sau un obiect viu colorat la 30—40 cm de ochii sugarului pe linia mediană și puțin lateral, acestea sînt văzute și urmărite cu privirea. El urmărește obiectul mai îndelung și arată interes pentru el (de exemplu, își întrerupe preocupările sau mișcările), ochii rămîn fixați asupra obiectului. Mișcările globilor oculari sînt adesea coordonate simultan cu mișcările capului.

Sugarul își privește mîinile și le ridică, cu brațele ușor flectate deasupra capului. Nu mai introduce toată mîna în gură, ci un singur deget.

Apucarea. Sugarul poate apuca degetul mamei sau un obiect care i se oferă, chiar dacă mișcarea este încă necoordonată. Apucarea este încă palmară (prindere „simiană", de maimuță) și mai mult cu degetele mici („cubitopalmară"). Jucăria este ținută strîns și mușcată, apoi cade neintenționat. Nu poate să-i dea drumul voluntar.

414. Limbajul și contactul social. a) **Limbajul.** Sugarul rîde zgomotos dacă i se vorbește. Întoarce capul spre persoana care-i vorbește și gîngurește spontan. Începe să emită mici zgomote (sunete) care seamănă cu f, v, s sau th englezesc.

b) **Contactul social.** Privește fix pe mamă și zîmbește cînd i se vorbește. Urmărește cu privirea persoanele și fixează figurile care se apropie de el.

Sugarul de 2—3 luni comunică totdeauna cu mama sa în mod global: destins, calm, surizător dacă este fericit; din contra, este agitat, plîngăreț dacă are o indispoziție oarecare. Este dependent de reacțiile celor din jur (anxietatea mamei, agitația din jur) și reacționează corespunzător. Dacă plînge, se liniștește prin luarea în brațe, mîngîiere, căldură corporală și vorbire. Plînsul are nuanțe variate (vezi punctul 385 B).

415. Auzul și localizarea zgomotelor. Sugarul se oprește din mișcare, și uneori, se întoarce spre sursa de zgomote. La cercetarea auzului se recomandă ca zgomotele să aibă calități diferite (clopoțel, voce înceată, fîșîit de hîrtie, muzică etc.). Dacă zgomotul este puternic, sugarul țipă „nemulțumit".

416. Vederea și mișcările globilor oculari. Face progrese în folosirea ochilor. Vede obiecte la distanță de 30—40 cm și le urmărește cu ochii și prin mișcarea capului. Mișcările globilor oculari sînt coordonate; din cînd în cînd se mai uită „cruciș". Sugarul cunoaște și „cuprinde" lumea din jur mai întîi cu ochii.

417. Afectivitatea. Începe să răspundă mai prompt la prezența, la vorbele, la stimulările mamei, care-l pot face să surîdă. Sugarul devine foarte sensibil la vocea mamei, care-l încîntă, îl face să zîmbească, să radieze de bucurie. În tot lungul vieții, vocea mamei va rămîne unică.

Mama știe acum să-i înțeleagă privirea, a învățat cum să-l liniștească. Sugarul este calmat de prezența mamei sau dacă este luat în brațe cu capul sprijinit pe umerii mamei.

Supraveghere și îngrijiri

418. Scaunele. Se menține, în general, numărul zilnic de scaune din cursul lunii precedente. În funcție de alimentație, aspectul și consistența lor diferă; uneori sînt mai grunjoase; în scaune se recunosc alimentele ingerate (morcovi, mere), dar aceasta nu trebuie să constituie un motiv de îngrijorare.

Se consideră că *sugarul este constipat*, atunci cînd materiile fecale sînt tari, uscate și sînt eliminate cu greutate; numărul scaunelor este mai puțin important. Dacă un sugar nu are colici și dacă emisiunea de materii fecale se face fără dificultăți, nu se consideră constipație, chiar dacă are 2—3 scaune pe săptămînă. În condițiile unei alimentații corecte, constipația este rară și de obicei se rezolvă cu o mică modificare a alimentației.

Pentru combaterea constipației, se crește cantitatea de sucuri și de pulpă de fructe; se poate folosi mierea în loc de zahăr.

Multe mame folosesc din proprie inițiativă supozitoare. După cum se știe, supozitorul este preparat din glicerină și are grosimea unui creion subțire, care se introduce în anusul sugarului, pentru a provoca un scaun. Ar trebui să se folosească numai la indicația medicului. Dacă se abuzează de supozitoare, sugarul se obișnuiește, devine dependent de ele și ajunge să nu mai aibă scaune spontane. Nu se va folosi termometrul (sau coada de mușcată!) pentru a provoca scaunul sugarului.

Nu se vor confunda supozitoarele de glicerină cu alte supozitoare (Aminofenazona L, Paracetamol etc.), care conțin diferite medicamente și care sînt utile doar atunci cînd sugarul nu poate primi pe gură medicamentele respective. Bineînțeles că și acestea au indicații precise și se dau numai după sfatul medicului sau al sorei de ocrotire. Mama va fi atentă să introducă supozitorul dincolo de inelul muscular care închide rectul; pentru a evita ieșirea lui se mențin fesele apropiate circa un minut.

Cînd se schimbă sugarul? Spre sfîrșitul lunii a treia, mulți sugari nu „se mai suferă" murdari și nici chiar uzi. Dacă devin agitați, plîng sau nu adorm, vor fi schimbați mai des; acest lucru este mai ușor de realizat, deoarece sugarul este mai simplu înfășat, iar micțiunile sînt mai rare. Dacă nu plînge, sugarul nu va fi schimbat după fiecare micțiune.

Nu se începe în nici un caz acum educaţia sfincterelor, pentru că sugarul nu-şi stăpîneşte încă muşchii care-i permit să stea singur în şezut şi să evacueze voluntar scaunul.

419. **Somn-veghe.** Dacă pînă acum foarte multe mame nu concepeau să doarmă decît cu sugarul în cameră, *de la împlinirea vîrstei de 3 luni este bine ca sugarul să doarmă singur, în cameră separată.* Încăperea în care doarme sugarul trebuie să fie bine aerisită, lipsită de curent şi liniştită. Asta nu înseamnă că trebuie să se meargă în vîrful picioarelor şi să se vorbească în şoaptă. Sugarul se va deprinde să doarmă bine cu toate zgomotele obişnuite dintr-o casă.

Niciodată nu trebuie să doarmă cu mama într-un pat!

Dacă sugarul doarme neîntrerupt toată noaptea şi dacă are patul său propriu, poate împărţi camera cu 1—2 fraţi. Nu este însă recomandabil să doarmă cu un alt copil mic (pînă la 4 ani). Un copil de 2—3 ani nu are suficientă minte pentru a fi lăsat singur cu un sugar, fără să constituie un pericol pentru acesta. După vîrsta de 5—6 ani, sînt mai puţin primejdioşi, dar — şi în aceste cazuri — se vor lua măsuri de prevedere (se va interzice copiilor mai mari să coboare peretele mobil al patului; nu se vor lăsa medicamente la îndemîna lor etc.).

În plus, orele de somn ale sugarului şi copiilor mai mari nu coincid. Unui şcolar de 10 ani, de exemplu, care doarme de la 9 seara la 7 dimineaţa, nu-i convine să fie trezit în fiecare dimineaţă la ora 5,30. În astfel de cazuri, este mai bine ca sugarul să doarmă în altă cameră; numai după vîrsta de 2—3 ani, un copil nu deranjează pe fraţii mai mari.

a) Patul. Dacă s-a folosit pînă acum un coş pentru dormit, după luna a 3-a acesta va fi schimbat cu un pat (vezi punctele 479, 559 a şi 567 a).

b) Fereastra. În camera în care doarme sugarul, fereastra se deschide în funcţie de anotimp. În lunile calde, ferestrele se pot ţine deschise toată ziua, cu condiţia să nu se formeze curent. Vara, fereastra poate fi lăsată întredeschisă şi în timpul nopţii. Iarna, acest lucru nu este indicat; este suficient să se aerisească bine camera înainte de a culca sugarul. Se poate menţine însă o fereastră deschisă în camera învecinată, avînd aceeaşi grijă de a nu se produce curent.

c) Perioada de somn din timpul nopţii continuă să se lungească şi să fie mult mai bine delimitată de perioadele de veghe. Somnul de noapte se prelungeşte, fie prin renunţarea de către sugar la ambele mese de noapte (la orele 23—24 şi 2—3), fie prin întîrzierea orei de trezire dimineaţa (6—6,30) la sugarii care mănîncă seara mai tîrziu. Unii sugari se trezesc încă foarte devreme; împotriva acestui lucru nu se va face însă nimic. Din fericire, ei vor dormi mai mult pe măsură ce se vor mări. Mama va verifica dacă sugarul mănîncă suficient seara şi dacă se satură. De asemenea poate încerca să-i deplaseze ultima masă cu o oră întreagă. E posibil să nu se realizeze mare lucru, dar merită încercarea.

d) Utilizarea de calmante se face numai la prescripţia medicului. Înainte de a se administra calmantele, se va cerceta cu grijă pentru a se depista şi înlătura cauzele care au dus la tulburări de somn.

Dacă medicul ajunge să recomande un calmant sau un somnifer, înseamnă că el are motive întemeiate şi mama este datoare să aplice conştiincios tratamentul (de obicei, se recomandă tablete de Fenobarbital de 0,015 g seara), calculîndu-se în jur de 3—5 mg/kg.

e) Poziţia în somn. Am pledat anterior pentru culcarea sugarului pe burtă. Dacă sugarul s-a obişnuit cu această poziţie, el va fi culcat în continuare la fel. Se va urmări sugarul şi va fi culcat şi pe viitor în poziţia ce pare că îi place mai mult. Pe lîngă poziţia pe burtă, este tipică şi poziţia în decubit dorsal (cu faţa în sus) cu mînuţele ridicate pe lîngă cap (fig. 107).

f) Ţinerea capului într-o singură parte. Sugarul îşi formează deprinderea să privească mereu într-o parte, atunci cînd este culcat mereu în aceeaşi poziţie şi să urmărească ceea ce se petrece în jurul lui. Uneori îşi menţine aceeaşi poziţie şi cînd este ţinut în braţe sau cînd este culcat diferit, chiar după mai multe săptămîni.

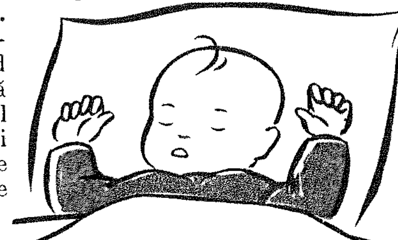


Fig. 107 — Poziţia în somn a sugarului.

Mama va schimba des poziţia sugarului, culcîndu-l cu capul cînd la o extremitate, cînd la cealaltă a patului, astfel încît el să privească în direcţii diferite atunci cînd urmăreşte ce se întîmplă în jurul lui.

Foarte rar, sugarul are unul din muşchii gîtului prea scurt şi, ca urmare, are dificultăţi în a-şi întoarce capul într-o anumită parte. Acest defect poartă numele de *torticolis* şi apare, de obicei, la sugarii născuţi în prezentaţie pelviană. Se rezolvă mai tîrziu. În formele obişnuite, gimnastica medicală este eficientă.

420. **Părul.** În regiunea occipitală şi/sau regiunile parietale se formează zone de alopecie (chelie), respectiv părul fin cu care se naşte cade cînd sugarul îşi freacă mai mult capul pe saltea. În zonele cu „chelie" va creşte un păr nou, adesea cu o culoare mai închisă. Unii sugari pierd tot părul fin cu care s-au născut; creşterea altui păr are loc în cîteva săptămîni (mai rar), în cîteva luni sau pînă la un an. Pierderea acestui păr este normală; nu se poate face nimic pentru evitarea acestui fenomen sau pentru grăbirea creşterii părului.

421. **Strabismul.** Unii sugari au un strabism (se uită „cruciş") intermitent. Muşchii care coordonează mişcările globilor oculari lucrează încă deficitar la această vîrstă. Nu înseamnă că sugarul va rămîne cu privirea „crucişă". Se vor aştepta cîteva luni înainte de a întreprinde ceva (după 9 luni). La această vîrstă se recomandă exerciţii zilnice pe perioade foarte scurte, „plimbînd" prin faţa ochilor sugarului la o distanţă de 20—30 cm o „zdrăngănică" viu colorată.

422. **Boli infecţioase.** Independent de vîrstă, dacă vine în contact cu un bolnav, sugarul se poate îmbolnăvi de următoarele boli infecţioase: varicelă (vărsat de vînt), paralizie infantilă, difterie, tuse convulsivă, tuberculoză, infecţii stafilococice, streptococice şi diverse „răceli". În primele luni de viaţă, sugarul este de obicei imun faţă de unele boli (se naşte cu capacitate de apărare împotriva infecţiei moştenită de la mamă), de exemplu faţă de rujeolă (pojar).

423. **Vaccinări.** Din luna a III-a încep vaccinările obligatorii în perioada de sugar: trivaccinul *(Di-Te-Per)* împotriva difteriei *(Di-)*, tetanosului *(Te-)* şi tusei convulsive, care se mai numeşte şi pertussis *(Per-)*, precum şi vaccinarea antipoliomielitică (împotriva paraliziei infantile) care

constau din 3 administrări la interval de o lună. Mama este obligată să meargă la dispensar, atunci cînd este convocată pentru vaccinare, deoarece vaccinul se face în zile precise, în campanii dinainte planificate. Dacă se pierde o anumită vaccinare, sugarul este periclitat, iar vaccinarea și rapelurile respective sînt perturbate. Medicul de dispensar este singurul care decide amînarea vaccinării, în funcție de sănătatea sugarului. În caz că familia este plecată în altă localitate (sau sector) în perioada de vaccinare, se poate adresa dispensarului teritorial respectiv, pentru administrarea vaccinului.

Vaccinarea Di-Te-Per poate fi urmată de reacții locale (înroșire și umflare la locul injecției, care este dureros) și generale (agitație, febră bruscă). Se aplică local comprese reci și se administrează antitermice (aspirină, paracetamol) și sedative (fenobarbital). Simptomele dispar în maximum 24 de ore.

După vaccinarea antipoliomielitică se remarcă uneori scăderea poftei de mîncare și modificarea scaunelor (mai puțin legate), fenomene ce pot dura chiar și 2 săptămîni. Va fi consultat medicul în privința modificării alimentației.

De subliniat că timp de o lună de la administrarea vaccinului antipoliomielitic trebuie evitate tratamentele sub formă de injecții. În această perioadă profilaxia rahitismului se poate continua cu preparate de vitamina D pentru administrare orală.

424. Prevenirea accidentelor. Sugarul este prea mic pentru a produce singur un accident. Dacă are loc vreun accident, acesta se întîmplă numai din vina adulților. Ca măsuri de prevedere se recomandă următoarele:

— Nu se toarnă întîi apă fierbinte în cădiță!

— Temperatura apei din cadă se măsoară numai cu termometrul *(nu cu cotul)!*

— Nu se lasă sugarul singur pe masa de înfășat!

— Nu se lasă sugarul singur în cadă!

— Sugarul va fi așezat întotdeauna perpendicular pe lungimea mesei de înfășat și nu de-a lungul ei! (dacă se întoarce de pe o parte pe alta sau se rostogolește, riscurile de a cădea sînt mai mici).

— La fiecare culcare a sugarului în pat se controlează dacă pereții laterali ai patului sînt bine fixați!

— Nu se lasă sugarul singur în casă cu frații de vîrstă mică (2—6 ani)!

— De la vîrsta de 3 luni nu se lasă sugarul singur în patul mare al părinților (cade jos, se sufocă cu perna sau plapuma)!

— Nu țineți sugarul lîngă dv. în pat, puteți adormi și la o răsucire involuntară îl sufocați!

— Nu se pune patul copilului lîngă ușa sobei de teracotă sau lîngă o sobă de fier încălzită! (pericol de incendiu).

— Nu se pun pe același raft medicamentele de „uz extern" cu cele de „uz intern" pentru a nu le confunda!

— Nu se pun sticle calde direct pe pielea sugarului!

— Nu se pun reșouri în apropierea patului sugarului!

— Nu se aplică comprese cu alcool sau cu țuică!

425. Jucăriile. Interesul pentru joc s-a trezit, deoarece sugarul a început să apuce diverse obiecte cu mîinile. Un clopoțel sau o jucărie sunătoare îi fac plăcere, chiar dacă îi cad din mînă. Îl bucură obiectele colorate (roșu-deschis, galben, bleu) și fac zgomot. Deasupra patului se poate agăța un trapez cu jucării suspendate.

426. Suptul degetului. Am arătat anterior că o mică parte din sugari încep să-și sugă degetul. În general această deprindere se manifestă

între 2 și 3 luni, cînd sugarul suge mai viguros, prînzurile sale sînt mai scurte și deci suptul mai scurt, iar perioadele de veghe se prelungesc, în detrimentul somnului din primele săptămîni de viață. Mai mult de jumătate din sugari își sug degetele sau numai degetul mare.

Nu există încă o unanimitate de vederi asupra motivelor care îl fac pe copil să-și sugă degetul. Adesea, mamele și chiar medicii consideră că un copil care-și suge degetul a căpătat o obișnuință proastă, astfel încît întreaga familie ajunge să caute modalitățile prin care să-l împiedice să țină degetul în gură.

În primul an de viață, suptul degetului trebuie considerat ca ceva normal.

După Benjamin Spock, motivul principal care îl face pe sugar să-și sugă degetul este faptul că alimentarea la sîn sau la biberon nu au satisfăcut suficient nevoia sa de supt. Un alt american, David Levy, a constatat că sugarii hrăniți din trei în trei ore sugeau relativ mai rar degetul decît cei hrăniți din patru în patru ore; sugarii care-și goleau biberonul în 10 minute (ceea ce se întîmplă cînd orificiile tetinei sînt foarte largi) își sugeau degetul mai mult decît cei care sugeau timp de douăzeci de minute.

Alți autori (Hofmeier, Schneider și Müller) presupun că factorii care fac pe copii să-și sugă degetul ar fi: un fond de sensibilitate aparte; lipsa de afecțiune și de duioșie din partea părinților; relații necorespunzătoare în viața de familie.

După P. Mozzicomacci și A. Doumic-Girard, sugarul își suge degetul pentru că încearcă să regăsească plăcerea totală pe care o are cînd este absorbit de sugerea la sîn și este ghemuit în brațele mamei. A suge este cel mai bun calmant.

În sfîrșit, alți autori cred că sugarul își suge degetul, cînd este treaz, „din lipsă de ocupație".

Ceea ce este sigur însă este că toate „rețetele" împotriva suptului degetului (substanțe cu gust neplăcut, mănușa, ținerea mai mult la sîn, luatul în brațe, scoaterea degetului din gură de fiecare dată etc.) au efect trecător.

În primele luni sugarul caută cu orice preț să-și satisfacă instinctul de sugere, fie în timpul meselor, fie prin „completare" cu suptul degetului. Nevoia de supt este maximă în primele 6 luni. După această vîrstă, ea diminuează progresiv, dispărînd complet, cel mai adesea între 8 și 18 luni.

Dacă sugarul își suge degetul numai înainte de masă, înseamnă că-i este foame. Dacă o face regulat, imediat după fiecare masă sau chiar între mese, mama va căuta să-i satisfacă instinctul de sugere printr-un orar al meselor mai puțin rigid și, eventual, printr-o frecvență mai mare a meselor. Cea mai mare parte a sugarilor care își sug degetul încep s-o facă înainte de 3 luni. Dacă încep mai tîrziu, înseamnă că a intervenit o carență de îngrijire, copilul exprimîndu-și prin aceasta niște relații „conflictuale" cu părinții săi.

Pentru a evita orice confuzie, trebuie știut că aproape toți copiii își sug degetul sau chiar tot pumnul în perioadele de erupție dentară.

Dacă ar fi să tragem cîteva concluzii în ceea ce privește suptul degetului (o preocupare permanentă pentru aproape toate mamele), acestea ar fi următoarele:

— Sugarii alimentați la sîn își sug mai rar și mai puțin degetul, iar dintre aceștia, rari sînt cei care continuă acest obicei după vîrsta de un an.

— Rigiditatea orarelor, intervalele prea mari între mese și durata prea scurtă a meselor sînt factorii favorizanți ai suptului degetului.

Dacă acest obicei se păstrează și *după 12—18 luni*, există pericolul deformărilor palatine („boltă ogivală"). De asemenea, dinții pot căpăta poziții vicioase; cei superiori se deplasează anterior; cei inferiori se deplasează posterior.

Majoritatea medicilor stomatologi admit că înclinarea defectuoasă a dinților de lapte nu are nici o urmare asupra dentiției definitive, dacă copilul încetează să-și sugă degetul înaintea erupției celei de a doua dentiții.

— Există un factor de teren, individual, favorizat de unele greșeli de îngrijire și mai ales carențe de afecțiune, care determină prelungirea perioadei de supt a degetului după vîrsta de un an.

— După vîrsta de un an, suptul degetului *este fără importanță, dacă este practicat numai înainte de a adormi.* Dimpotrivă, consultînd un medic și eventual un psiholog, trebuie căutate toate mijloacele de a-l împiedica pe copil să-și sugă degetul în orice moment al zilei, din plictiseală, nervozitate, diferite „încurcături". Se întîmplă ca unii copii să-și introducă atît de profund degetul în gură, încît își provoacă vărsături. Unii rămîn cu obiceiul de a-și suge degetul la culcare și cînd ajung la vîrstă școlară. Adesea, degetul mare devine sediul unor crăpături adînci, eczeme, îngroșări sau excrescențe ale pielii, cu aspect verucos.

— În încercările de a împiedica suptul degetului nu se va folosi forța (legarea brațelor, imobilizarea coatelor, aplicarea de manșete din carton, înmuierea degetului într-o soluție amară sau iute, cearta etc.), deoarece se va ajunge la efecte și mai rele. Cu vorba bună și verificîndu-și propriile atitudini, părinții vor convinge pe copil să renunțe la acest obicei.

— O soluție de compromis, dar mai eficientă și mai lipsită de riscuri, este aceea de a se da suzetă sugarilor care încep să-și sugă degetul cu „lăcomie". Este mai ușor să se mențină curată o suzetă decît un deget, pericolul deformărilor boltei palatine și a dinților este mai mic, iar dezobișnuirea de suzetă se face mai ușor. Dintre două rele se va alege cel mai mic!

427. Suzeta. Este o tetină fără orificiu, atașată la un disc sau inel de plastic. Sugarul poate suge viguros tetina, fără riscul de a o înghiți, deoarece inelul o reține între buzele sale.

În secolul trecut se dădea o suzetă copiilor care sufereau de colici. În prima jumătate a secolului al XX-lea, cînd s-a început o campanie susținută pentru o igienă riguroasă, suzeta a fost considerată drept murdară și neigienică. În plus, s-au adus ca argumente, împotriva folosirii ei, efectele negative pe care le-ar avea asupra erupției dentare, conformației maxilarelor, secrețiilor digestive și comportamentului general al copilului. Mulți medici, ca și multe surori de ocrotire și de pediatrie din țara noastră, continuă încă să se opună cu îndîrjire la folosirea suzetei.

În ultimii ani, totuși, mulți medici înfruntă opinia de mai sus și apreciază că suzeta este un mijloc excelent de „consolare". În lumea părinților din toate straturile sociale și din toate țările, suzeta și-a păstrat totdeauna o largă întrebuințare. Unii și-o procură încă înainte de a veni nou-născutul din maternitate.

Se vor alege suzete cu inele sau discuri mari, pentru a nu se risca să alunece în gura copilului. Nu se va perfora suzeta, deoarece înghițirea aerului poate duce la balonarea stomacului. Suzeta va fi păstrată cît mai curată. Se va spăla cu apă caldă de mai multe ori pe zi și se va fierbe o dată pe zi. După ce cade jos, trebuie fiartă. Cînd nu este folosită, se păstrează ca și tetinele, într-o căniță curată, acoperită. Nu se înmoaie în miere sau sirop.

Aproximativ jumătate din copii nu au nevoie de suzetă, nu au colici, nu au crize de agitație, nu-și sug degetul. *Nu se va da copilului suzeta în scopuri „preventive".* Se permite folosirea suzetei la copiii nervoși, agitați, cu colici, precum și la cei care, după fiecare masă, își bagă degetul mare în gură și-l sug cu lăcomie timp de ore întregi. Sugarul care a avut timpul să se obișnuiască să-și sugă degetul, refuză adesea suzeta. De aceea, în astfel de situații, suzeta se va folosi cît mai de timpuriu.

Mama va avea însă ca obiectiv ca folosirea suzetei să fie redusă la minimum, încercînd cît de precoce și revenind mereu pentru a-l face pe sugar să piardă obișnuința suzetei. În caz contrar, el ajunge cu ușurință să fie un răsfățat, nesuportînd să stea nici un singur minut fără suzetă; țipă de fiecare dată cînd o pierde din gură, iar mama este obligată să se scoale de mai multe ori și să-i dea suzeta, pentru a-l calma pe micul tiran. Pentru a evita astfel de situații, suzeta va fi retrasă din gură imediat ce sugarul se calmează sau de îndată ce adoarme. Între 4 și 6 luni, sugarul arată tot mai puțin interes pentru suzetă. Se va proceda gradat, omițîndu-se să i se dea mai întîi după o singură masă, apoi după a doua, cînd el pare mai satisfăcut. Spre vîrsta de un an, majoritatea copiilor renunță la suzetă. Unii însă, mai ales fetițele, ajung să adoarmă cu suzeta pînă la anii de școală. În orice situație se va proceda cu tact, evitîndu-se mijloacele brutale, cearta, ironia, batjocura. Acționînd prea iute sau cu asprime, copilul poate fi traumatizat pentru multă vreme. Repetăm, copiii care nu renunță la suzetă după vîrsta de un an, o fac ca derivativ la greșeli de îngrijiri, adesea ca reacție la unele tulburări de comportament ale părinților.

De la 3 la 4 luni

În dezvoltarea sugarului se semnalează adesea momente de oprire și de reluare. Tentativele unor părinți de a „încadra" neapărat pe copilul lor în scheme „standard" în ce privește greutatea, maturația neuropsihică, alimentație etc., sînt greșite.

Orice sugar are modul său de dezvoltare (lent sau rapid). Nu comparați copilul dumneavoastră, cu un altul de aceeași vîrstă!

În cursul lunii a patra se realizează progrese însemnate în alimentație: introducerea pireului de fructe și a supei de legume, trecerea la 5 mese (la unii chiar la 4 mese). Excepție fac sugarii bolnavi de boli acute sau cronice, distroficii, foștii mari prematuri, copiii malformați.

Alimentația

S-a început din luna a 2-a — a 3-a să se dea la o masă suc de fructe (mere) sau morcovi, ca o completare la una din mesele de lapte. Acum se va introduce pulpa de fructe și supa de legume. Trecerea se va face treptat, ținîndu-se seama de gusturile și modul cum acceptă fiecare sugar modificările alimentației. Familia este mirată poate de faptul că acordăm atîta importanță gusturilor și reacțiilor individuale ale sugarului. Nu întîmplător, ci pentru că astfel se împlinește o sarcină educativă importantă: se respectă individualitatea fiecărui copil. Nu înseamnă să i se satisfacă toate poftele sau orice aliment nou să i se dea cu frică și cu ezitări. Mama trebuie să aibă răbdarea necesară atunci cînd aduce ceva nou în alimentația sugarului și în viața lui în general. Rigiditatea dogmatică și forțarea sugarului au dus la cele mai multe anorexii (lipsă de poftă de mîncare) psihice la vîrsta de sugar și la tulburări de comportament la copilul mai mare. Deci, dacă sugarul refuză un anumit piure de fructe sau zarzavaturi, el nu va fi forțat. Se va avea în vedere că anumite preferințe sau repulsii sînt posibile în cadrul unui ape-

tit normal și acest lucru va fi respectat. Dacă se dă sugarului șansa de a-și descoperi acum unele preferințe alimentare, se va constata, cînd va fi mai mare, că alimentația lui este particulară lui și acest lucru este valabil și în alte domenii de educație.

Trecerea la 5 mese, la sugarii care mănîncă încă de 6 ori pe zi, se poate face spontan; sugarul nu se mai trezește la ultima masă. La alții, îndeosebi la cei alimentați artificial, este de ajuns să se rărească mesele de la 3 ore la 3 $^{1}/_{2}$—4 ore.

428. Alimentația naturală. Multe mame întreabă cum se procedează pentru a adapta secreția lactată cerinței mereu crescînde a sugarului. Atîta timp cît sugarul este mulțumit, mama nu va face nimic. Același regim alimentar al mamei și aceeași tehnică alimentară fac posibilă adaptarea secreției lactate.

La sugarul alimentat la sîn, este mai bine să se întîrzie trecerea la 5 mese decît să se accelereze. Suptul este unul din cei mai buni stimuli ai secreției lactate. Cînd se introduce supa de zarzavat, completarea la masa respectivă se va face tot cu lapte de mamă. Supa are o valoare calorică mică și adaosul de lapte suplinește această lipsă.

Nu trebuie făcut nimic atît timp cît sugarul este mulțumit.

La sugarul alimentat natural, adaosurile de sucuri și de pulpă de fructe sînt mai puțin importante decît la cel alimentat cu un preparat de lapte.

429. Rația alimentară în 24 de ore rămîne aceeași în ceea ce privește nevoia de lichide (circa 150 ml pe kg corp).

430. Cînd poate fi înțărcat sugarul? Aceasta depinde de mai mulți factori: dacă mama este salariată, daca mai are lapte suficient, dacă sugarul „vrea" să mai sugă. Valoarea alăptării constă nu numai în durată ci și în satisfacția pe care o dă mamei și sugarului. Nu există un termen fix pentru înțărcare. Numai dacă există motive serioase, se poate trece la întreruperea alimentației naturale. În trecut sugarul era alăptat cel puțin un an. Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) și pediatrii de mare prestigiu recomandă menținerea alăptării cît mai mult, constituind singurul mijloc pentru o dezvoltare normală și pentru evitarea îmbolnăvirilor la sugarii din familii mai puțin favorizate social și economic. Alăptarea era o necesitate, deoarece necunoașterea unei alimentații corecte făcea periculoasă înțărcarea timpurie.

Cunoștințele actuale privind prepararea diverselor produse dietetice au redus motivele de îngrijorare.

Criteriile pentru trecerea mai tardivă la înțărcare sînt: dacă sugarul se declară mulțumit cu sînul și dacă crește; dacă mama are timp să alăpteze sugarul la toate mesele.

Mamele salariate beneficiază de program de lucru redus. Ele pot alăpta la mesele cînd sînt acasă, în rest sugarul primind un preparat de lapte sau o masă de diversificare.

> *Este de dorit ca orice mamă să alăpteze cel puțin 3 luni, iar dacă este posibil chiar 6—9 luni. La sugarul care crește bine, se poate păstra alăptarea la unele mese pînă la vîrsta de un an, chiar dacă mama e salariată.*

Se recomandă ca renunțarea la alăptare să se facă treptat în decurs de săptămîni de zile. Mama se resimte mai puțin, iar sugarul se obișnuiește mai ușor cu biberonul; accidentele digestive posibile ale sugarului (vărsături, lipsă de poftă de mîncare, neliniște, diaree) sînt reduse printr-un astfel de procedeu.

Obișnuirea sugarului cu biberonul. Înlocuirea sînului se poate face cu 2/3 lapte de vacă și 1/3 mucilagiu de orez, totul îndulcit cu 5 g de zahăr la 100 ml lichid, lapte praf Lactosan, „Rarăul" sau „Mureșul" 10% dizolvat în apă de orez 3% cu 5% zahăr și fiert ulterior (contrar a ceea ce scrie pe cutie), Humana 1 14% (2 măsuri la 90 ml apă) sau Similac, o măsură la 60 ml apă fiartă în prealabil.

După experiența noastră, chiar dacă sugarul cîntărește mai mult de 4 500 g, se va începe cu Humana 1 și nu cu Humana 2; ultimul este mai puțin bine tolerat de unii sugari. Dealtfel, în prezent Humana 2 se fabrică și cu o formulă nouă cu adaosuri și de alte hidrocarbonate, cu grăsimi mai puține, fiind încadrată în „preparate parțial adaptate". De asemenea, recomandăm ca trecerea de la laptele uman să se facă cu preparate în concentrații mai mici (2/3 lapte de vacă; 10% Lactosan, cu 5% zahăr, preparat în mucilagiu de orez 3% sau cu zeamil 2%), pentru a evita diareea.

În prima zi se introduce la una din mese, înainte de supt, 50 ml din unul din preparatele de mai sus, în zilele următoare se crește cantitatea înlocuită tot cu cîte 50 ml, pînă se înlocuiește complet suptul de la ora respectivă. Dacă sugarul a primit astfel cîte o masă de lapte, în zilele următoare se înlocuiește a doua masă. Dacă apar tulburări digestive (diaree, vărsături, inapetență), renunțarea la sîn se face mai lent sau se amînă.

Se constată că în a 2-a — a 3-a săptămînă sugarul nici nu mai dorește sînul, deoarece mama are din ce în ce mai puțin lapte. Alți sugari renunță însă mai greu la sîn și sug viguros, chiar cînd găsesc mai puțin lapte.

Înțărcarea treptată duce la dispariția treptată a secreției lactate, fără tulburări pentru mamă. Dacă aceasta simte o tensiune în sîn și puțină durere, poate să pună sugarul să tragă puțin din sîn, fără a-l goli complet, sau își stoarce puțin sînul cu mîna. Concomitent, se pun comprese reci pe sîn, de mai multe ori pe zi.

Înțărcarea bruscă se recomandă numai cînd mama se îmbolnăvește. Se va face cu avizul și sub supravegherea medicului, deoarece implică pericole atît pentru sugar, cît și pentru mamă. Medicul hotărăște dacă este bine să se înceteze complet alăptarea sau să se mulgă laptele, pentru ca mama să reia alăptarea după însănătoșire.

Deși extragerea manuală nu golește sînul atît de bine ca suptul, este posibil să se reia alăptarea după cîteva zile.

Dacă se sistează brusc și total alăptarea, se procedează în modul următor:

— medicul poate indica un tratament hormonal;

— mama va lua într-o seară un purgativ salin, va reduce consumul de lichide, va lua cîte 3 tablete de antipirină pe zi, timp de cîteva zile și își va strînge pieptul cu un bandaj compresiv;

— dacă sînii sînt roșii, se vor aplica de cîteva ori pe zi, în mod intermitent, comprese reci;

— se va suprima complet punerea sugarului la sîn; dacă este posibil el va fi complet izolat de mamă.

431. Alimentația artificială. Se continuă alimentația de pînă acum. S-ar putea ca sugarul să primească mai puțin lapte decît în luna trecută, datorită faptului că acum își potolește foamea cu alimente mai consistente. În afară de acestea, cantitatea de lichide necesare pe kg scade pe măsură ce sugarul înaintează în vîrstă (dacă nu ar fi așa, un adult de 68 kg ar trebui să bea circa 13 litri lichide pe zi!). Sugarul nu va fi obligat

să bea mai multe lichide decît dorește. El va continua să crească în greutate, chiar dacă mănîncă mai puțin.

Ca și în lunile anterioare, sugarul va fi ținut în brațe în timpul mesei, avînd în continuare nevoie de afecțiune și de protecție, pe care le simte cu acest prilej. În același timp, pentru sugar este mult mai ușor să tragă dintr-un biberon, ținut de mamă, care îl poate retrage cînd observă că laptele nu curge cum trebuie.

432. Introducerea de alimente mai consistente (diversificarea alimentației), pe lîngă lapte, poate fi începută între 3 și 4 luni de viață, deoarece sugarul a dobîndit capacitatea de a le digera. Ele aduc un aport de vitamine, săruri minerale și celuloză; prin consistența lor sînt mai „sățioase"; în plus, sugarul se obișnuiește să mănînce cu lingurița. La sugarul alimentat natural diversificarea nu e necesară decît după vîrsta de 4 luni. Pînă atunci va primi doar suc de fructe (vezi punctul 379).

Prima masă mai consistentă reprezintă pentru mamă și sugar o schimbare substanțială. Alimentul nou se dă încet și cu răbdare. Sugarul va fi ajutat să se obișnuiască cu gustul și consistența noului aliment. El învață numai treptat să ducă alimentul de la vîrful către baza limbii. La început este foarte neîndemînatic (îl proiectează afară cu limba, pe care o folosește ca pentru supt) și devine nerăbdător.

Mama se poate aștepta ca, la început, sugarul să scoată aproape totul din gură, pînă se obișnuiește cu noul mod de a mînca. Dacă se încearcă cu răbdare și se repetă mereu acest lucru, sugarul va reuși în curînd să rețină ceva din noul aliment. Dacă după cîteva tentative nu se obține nici un progres, se renunță pentru moment și se reîncepe după cîteva zile. Mama nu trebuie să-și piardă curajul!

433. Consistența **primului aliment** se adaptează vîrstei, gradului de maturație a sugarului, capacității lui de a mesteca și înghiți alimente mai consistente. Se începe cu o consistență foarte scăzută, apoi alimentul respectiv se îngroașă treptat. Trecerea se face cel mai bine cu un măr de bună calitate, ras. *Mărul ras* se diluează cu sucul care se scurge în jgheabul de la marginea răzătoarei de sticlă; eventual se îndulcește cu sirop de zahăr.

La început noul aliment se dă ca adaos la masa de lapte de la ora 10. *Se dă înaintea mesei propriu-zise*, folosind o linguriță de material plastic sau de metal cu vîrful rotund.

După ce un sugar a învățat să înghită, este important ca alimentul oferit să fie primit cu plăcere. De aceea, pentru început, pireul de *măr crud ras* sau *măr copt* la cuptor este cel mai potrivit. Se începe cu o linguriță și se crește în cîteva zile la 6—8 lingurițe (30—40 g). După cîteva zile, la cei „slabi"cu creștere mai lentă se adaugă pesmet din pîine albă (sau biscuiți) opărit cu ceai (sau cu lapte) și amestecat cu mărul ras. Se crește treptat cantitatea pînă la 2—3 biscuiți cu măr. Se vor folosi numai mere de bună calitate (de preferat mere Jonathan), bine coapte, care au celuloză mai puțină și aciditate mai redusă. Dacă există pe piață, bananele sînt tot atît de bune ca și merele. *La sugarii cu creșterea mai lentă sau normală (750 g pe lună), repetăm, fructele constituie doar un adaos la o masă da lapte.*

La sugarii sănătoși cu tendință la constipație, se poate folosi un pireu de fulgi de ovăz cu fructe. Se pot folosi banane bine coapte (cu coaja galbenă); pulpa de banane se fărîmă cu furculița pînă se formează o pastă omogenă, fină, care se diluează la început cu ceai de plante neîndulcit (chimen, anason etc.) pentru a ușura mestecatul și înghițitul. Adaosul de fructe se fixează în funcție de: a) ora la care sugarul este flămînd; b) timpul pe care mama îl are la dispoziție pentru a se ocupa de pregătirea pireului. Din

practică, ora cea mai potrivită este ora 10 dimineața (a doua masă). Dacă sugarul este flămînd, îl primește mai bine, chiar dacă este neobișnuit cu alimentul mai consistent.

Ce fructe sau zarzavaturi se pot da sugarului, și sub ce formă? În funcție de sezon și de toleranța digestivă a sugarului se pot da: mere, morcovi, piersici, caise, zmeură, afine, coacăze, fragi. O presă de fructe sau un mixer simplifică mult munca mamei; altfel, fructele se taie și se pasează printr-o sită, în afară de mere care se rad.

Dacă se începe cu un fruct nou, se oferă la început o cantitate mică (o linguriță). Se crește treptat cantitatea și se dă același fruct timp de 4—5 zile. După ce se stabilește toleranța față de noul fruct, acesta poate fi dat alternativ cu altele pentru care s-a stabilit anterior toleranța. La mulți sugari, toate fructele, în afară de mere, morcovi și banane, determină apariția de scaune mai moi.

434. Se pot folosi conserve de fructe? Pireurile de fructe special preparate pentru sugari sînt foarte comod de folosit, dar sînt mai scumpe și nu se găsesc totdeauna pe piață. Se pot da fără nici o teamă. Pe cutiile conservelor respective este obligatorie precizarea: „pentru sugari" și vîrsta de la care se pot da fără riscuri. La vîrsta de 3—4 luni se pot da „pireurile" de morcovi, mere sau banane.

Fructe care nu se dau la sugar. Nu sînt recomandate prunele și cireșele, deoarece pot declanșa dureri abdominale și diaree. Cu prudență, se pot da perele, strugurii (diaree) și căpșunile (urticarie).

435. Introducerea zarzavaturilor. Cînd sugarul primește și digeră bine fructele (sucul + pulpa rasă de mere; suc + mere rase + eventual biscuiți rași), se mai adaugă în alimentație supa de legume. La sugarii care au tendința la constipație sau la obezitate, supa de zarzavat se va introduce cît mai timpuriu. Supa se prepară pornind de la fiertura de legume, obținută prin fierberea timp de $1^1/_2$ — 2 ore a diferitelor legume. La început se fierb numai morcovii (foarte bine tolerați de orice sugar, deoarece conțin pectine, care combat diareea, și multe săruri minerale și vitamine) și foarte puțină albitură (pătrunjel sau țelină). Pentru prepararea supei se vor folosi zarzavaturi proaspete și de bună calitate.

Se aleg 4—5 morcovi de bună calitate de mărime mijlocie, 1 rădăcină de pătrunjel, se spală și se curăță bine; se adaugă 1 litru de apă (se pune multă apă pentru că ea scade mult prin evaporare în timpul fierberii) și se fierbe pînă ce morcovii se sfărîmă ușor. Dacă apa scade prea mult, se completează mereu, pentru a nu fierbe în sec. Se trec printr-o sită deasă numai morcovii. Se iau 150 ml de lichid strecurat și la început se adaugă numai 10 lingurițe de morcovi pasați (50 g); se refierbe 5 minute. Unii sugari preferă supa de zarzavat îndulcită.

După 2—3 săptămîni, dacă sugarul nu crește, supa se îmbogățește fie cu 5—10 g de unt adăugat înainte de refierbere, fie 15—20 g de caimac (de la laptele fiert pentru adulți), fie cu un rîntaș pregătit cu 5—10 g de unt și cu o linguriță de făină rumenită sau de griș.

Mai tîrziu se pot adăuga la supă și alte zarzavaturi: cartofi, dovlecei, tomate, 1 ceapă, mazăre verde, frunze verzi de pătrunjel sau de salată, gulii. După fierbere, se aleg morcovii și cartofii, eventual dovleceii, se trec printr-o sită, se repun în zeama de supă și se dau în clocot 5 minute. Pînă la $4^1/_2$—5 luni se recomandă să predomine morcovii: după aceea, dacă sugarul tolerează și mănîncă mai bine, „pireul" poate fi predominant de cartofi sau numai de cartofi pe care, de obicei, sugarii îl primesc cu plăcere mai mare decît pe alte zarzavaturi (morcovi). Pentru a-i crește valoarea calorică și

pentru a o face mai gustoasă, la supa de zarzavat se adaugă caimacul de la lapte sau unt proaspăt și lapte. Se crește cantitatea, pînă se ajunge la circa 100 ml (2 părți morcovi + 1 parte cartofi + 5—10 g unt). Între 3 și 4 luni la masa de supă se dă și lapte (se pune la sin sau se dă 100—150 ml din preparatul de lapte pe care-l primește la celelalte mese); în acest fel se evită subnutriția.

Unii sugari refuză supa de zarzavat. Multe mame sînt tentate să renunțe complet la această masă, care este greu de administrat. Trebuie încercat însă în repetate rînduri ca sugarul să fie obișnuit cu ea, deoarece organismul său are neapărat nevoie de substanțele conținute în zarzavaturi. În astfel de situații, se renunță la masa de zarzavat timp de 6—7 zile și se reîncepe apoi cu pireul de morcovi „dres" cu suc de lămîie sau cu puțin zahăr. Mulți sugari primesc mai bine pireul de morcovi, dacă acesta se diluează (1 parte de pireu de morcovi + 1 parte de apă provenită din lichidul de fierbere) și se dă cu un biberon cu tetină cu orificiu larg.

Ulterior, dacă sugarul a ajuns să mănînce și alte zarzavaturi, acestea se pot pasa amestecate în supă (cartofi, morcovi, dovlecei, boabe de mazăre, tomate, gulii, albitură, foi verzi). Sugarul nu va fi forțat să primească un amestec care conține un zarzavat care nu-i place. Sîntem de părere ca supa să se prepare cu mai multe zarzavaturi, dar să se treacă prin sită un singur zarzavat (cartofi sau morcovi). În acest fel, se testează preferința și toleranța digestivă a sugarului pentru un anumit zarzavat. Obiectivul permanent în prepararea și administrarea acestei mese este să se treacă cît de curînd de la *supă* la *pireu*, singurul care acoperă nevoile nutritive ale sugarului mai mare.

436. Conservele de legume. În ultimul timp au apărut și la noi produse industriale, sub formă de pulbere de legume amestecată adesea cu pulbere de fructe (mere, banane, piersici) și/sau făină de cereale (grîu, orz, orez), care se introduc de obicei în lapte și se fierb împreună (este bine să dea în clocot cîteva minute). Mai numeroase sînt *piureurile la borcan*, special produse pentru sugari. Sînt foarte comod de preparat. Se încălzesc ușor înainte de întrebuințare. Borcanul se deschide și se pune într-o crațiță cu apă fierbinte. Alimentele pentru sugari se administrează totdeauna călduțe. Nevoile sugarilor sînt foarte variate: unii primesc 150 g (conținutul unui borcănel întreg), alții se satură cu 1/2 borcănel. Alteori cantitatea este variabilă de la o zi la alta. În sfîrșit, fiecare sugar își are preferințele lui, pe unele le mănîncă cu poftă, pe altele le primește fără entuziasm, iar pe altele le refuză categoric. Dacă veți ține seama de preferințele sugarului, el va deveni mîncăcios; dacă-l veți obliga să mănînce ce nu-i place, va ajunge să refuze totul.

437. Scaunele. În luna a patra sugarul are 1—4 scaune pe zi. Odată cu modificările alimentației, în materiile fecale apar resturi de zarzavaturi. Eliminarea lor este frecventă și nu denotă o toleranță proastă. Eliminarea materiilor fecale nu se face la ore regulate.

Creșterea și dezvoltarea neuropsihomotorie

438. Creșterea. Cîntărirea se va face tot săptămînal. Creșterea începe să încetinească, media săptămînală este de 140—175 g, respectiv 600—750 g pe lună. Să nu se uite niciodată că progresele greutății sînt foarte diferite de la un sugar la celălalt.

439. Dezvoltarea motorie continuă să progreseze de la cap spre extremități. Pe lîngă faptul că-și ține bine capul, sugarul îl și întoarce de la dreapta la stînga. El se ține singur, cînd îl purtați în brațe.

La sfîrșitul lunii a patra poate sta în șezut — ușor sprijinit de un umăr — pentru o durată scurtă de timp, dar cu o curbură a spatelui, ca o cocoașă, care impresionează pe unele mame.

a) **Culcat pe spate.** Sugarul poate sta pe spate în poziție simetrică, bine destins.

Ține capul stabil, pe linia mediană, dar se întoarce preferențial spre una din părți; sugarul își poate schimba poziția cu ușurință.

b) **Mîinile** sînt aduse pe linia mediană și sînt urmărite cu privirea, în mod coordonat. Degetele de la mîini sînt deschise (fig. 108).

c) **Membrele inferioare** sînt în rotație externă, înclinate în afară; pedalează alternant; genunchii sînt încă în flexie, dar din cînd în cînd îi ține

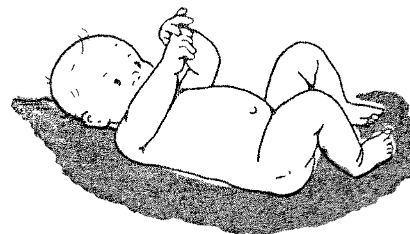


Fig. 108 — Culcat pe spate, sugarul trecut de 3 luni este destins, se joacă mult cu mîinile, urmărindu-le cu privirea.

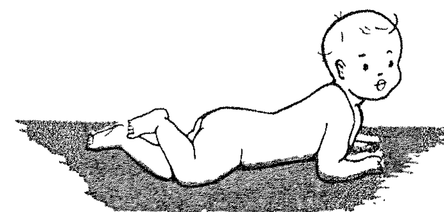


Fig. 109 — Așezat pe burtă se sprijină bine pe antebrațe, înalță capul și poate privi lateral.

și întinși. Picioarele sînt îndoite din articulația gleznei, care are o bună mobilitate.

d) **Așezat pe burtă,** sugarul se sprijină bine pe antebrațe, înalță capul la 90° și privește înainte sau lateral.

Întinderea trunchiului și șoldului este mai avansată. Schițează mișcări de tîrîre. Membrele inferioare se mișcă mult, pedalînd (fig. 109).

Dacă este apucat și tras în sus de mîini, sugarul participă la această mișcare și controlează bine capul; în același timp ridică și întinde membrele inferioare, cu genunchii ușor îndoiți.

440. Apucarea. Mișcările de apucare sînt încă necoordonate. Sugarul poate apuca un obiect, îl ține strîns și-l mișcă odată cu mîna. Îi dă drumul întîmplător, neintenționat. Sugarul observă, însă, cu atenție ce se întîmplă cu mîna lui și cu obiectul și încearcă să repete „figura" cu ajutorul mamei.

Sugarul își introduce degetele în gură și le suge.

Se joacă cu mîinile și apropie jucăria de gură.

441. Auzul și localizarea zgomotelor. Sugarul devine atent la zgomote. Începe să deosebească diferite calități de sunete și-și manifestă preferința pentru unele din ele (cîntece, muzică).

442. Vederea și mișcarea globilor oculari. Sugarul poate fixa bine cu privirea obiecte la o distanță de 20—30 cm. Urmărește cu privirea dincolo de linia mediană mișcînd și capul. *Mișcările globilor oculari* sînt coordonate; nu se mai uită cruciș. Dacă mama plimbă un obiect lucios (ochelari) sau o zdrăngănică viu colorată (roșie, albastru-deschis sau galben-portocaliu) la o distanță de 20—30 cm sugarul îl urmărește cu privirea în

toate direcţiile: la dreapta, stînga, în sus şi în jos. Examinarea se face cu sugarul culcat pe spate.

443. Limbajul. Gînguritul devine din ce în ce mai expresiv şi mai variat, după sentimentele pe care le exprimă. Sugarul se joacă cu sunetele. Cîteodată se disting schiţări ale vocalelor „e", „a"..., dar de cele mai multe ori, acest progres apare mai tîrziu. Sugarul zîmbeşte cînd i se vorbeşte, uneori rîde cu hohote. Întoarce capul spre mama care-i vorbeşte, gîngureşte, chiuie spontan. Se bucură de propriu-i „ciripit", îl repetă. Se întoarce spre sursa de zgomote, devine liniştit şi atent. Încearcă să obţină ce vrea prin plîns. Modularea vocii este bine diferenţiată.

444. Contactul social. Personalitatea sugarului se dezvoltă. Recunoaşte bine pe mamă. Dacă i se vorbeşte şi este mîngîiat, sugarul îşi exprimă bucuria mai mult decît prin zîmbet. Scoate sunete care seamănă cu rîsul. Participă cu vioiciune la tot ce se întîmplă în jur. Reacţionează negativ cînd este lăsat singur. Priveşte şi fixează pe examinator (medic, mamă). Observă cu atenţie feţele celor care-l privesc. Se manifestă mai rapid şi mai „dirijat" la prezenţa mamei, observînd-o şi gîngurind de multe ori. Urmărind cum îi pregăteşte masa, îşi va manifesta bucuria sau nerăbdarea, deoarece ştie din „experienţă" ce înseamnă aceste pregătiri. Dacă este luat de mîini sau de picioare, aceasta constituie un stimul important, făcîndu-l pe sugar conştient de corpul său şi de el însuşi. Poate fi liniştit prin luat în braţe, vorbit, mîngîieri şi căldură corporală.

Supraveghere şi îngrijiri

445. Prezenţa tatălui trebuie să se facă simţită în mod treptat în viaţa sugarului. Respectînd somnul şi liniştea sugarului, tatăl va sta mai mult lîngă sugar, va învăţa să-l ţină în braţe, va încerca să-l cunoască; plimbarea de seară cu căruciorul este bine să fie făcută de tată.

446. Ce se face dacă sugarul se dezvoltă mai încet decît normal. Dacă părinţii îşi fac probleme de acest fel, se va consulta medicul. Nu trebuie să se uite că fiecare sugar se dezvoltă diferit. La scurt timp după naştere, sugarul devine o mică personalitate, diferită de toţi ceilalţi sugari. Şi toată viaţa va fi astfel. După cum am mai spus, copilul „normal" sau „mediu" (şablon) nu există în realitate. Abaterile de la medie sînt, de fapt, regula şi nu excepţia. Unii sugari se dezvoltă mai rapid şi alţii mai încet. Prematurii şi sugarii bolnăvicioşi se dezvoltă mai încet. De asemenea, dezvoltarea este în funcţie de factorul ereditar, precum şi de modul cum ştie familia să se ocupe de copil. Părinţii nu trebuie să devină nerăbdători dacă sugarul nu a realizat una sau alta din treptele de dezvoltare expuse. I se va lăsa timpul necesar pentru evoluţie. Fiecare copil are propriile sale „performanţe" şi „schema sa personală" de dezvoltare. Familia are datoria să-l ajute cu dragoste şi răbdare, fără a tinde să obţină cu forţa ce consideră a fi normal. Cu numeroase încercări, unele eşecuri şi mici succese, se ajunge să se înregistreze trepte noi de dezvoltare. Medicul pediatru care a urmărit sugarul de la naştere este cel mai în măsură să se pronunţe în aceste probleme.

447. Somnul de noapte este acum mai adînc şi fără întrerupere. În timpul zilei sugarul are încă patru perioade de somn: două dimineaţa şi două după-amiaza. Perioadele de veghe sînt mai lungi şi mai active.

448. Înfăşatul sugarului mare. *După vîrsta de 3—4 luni*, cînd sugarul începe să pedaleze, se schimbă tehnica de înfăşat. Pe de o parte, nu

mai este necesar ca sugarul sa fie îmbrăcat prea gros, deoarece corpul lui, perfecţionîndu-şi treptat capacitatea de termoreglare, nu mai este ameninţat atît de mult de răcire; pe de altă parte, scutecele încep să-l incomodeze: sugarul are nevoie de libertate în mişcări. Cea mai convenabilă formulă în acest moment, este îmbrăcarea cu pantalonaşi special confecţionaţi sau improvizaţi din scutece. În această din urmă eventualitate se folosesc: un scutec triunghiular, un al doilea scutec îndoit dreptunghiular şi un cordon sau brîu.

Scutecul triunghiular (obligatoriu dublu) se întinde pe masa de înfăşat (fig. 110). Deasupra se pune scutecul împăturit dreptunghiular. Paralel cu latura mare a scutecului triunghiular se întinde cordonul. Sugarul se aşază pe scutec. Dreptunghiul se ridică între picioare spre abdomen (fig. 111). Apoi se petrec cele două colţuri laterale ale triunghiului, peste abdomen, spre spate (fig. 112). Cordonul se aplică în faţă, se încrucişează la spate şi se

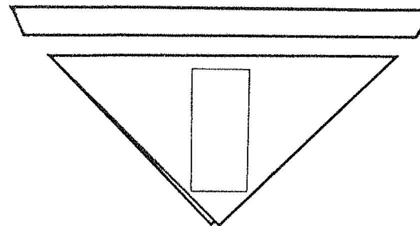


Fig. 110 — Pregătirea scutecelor pentru înfăşatul sugarului mai mare

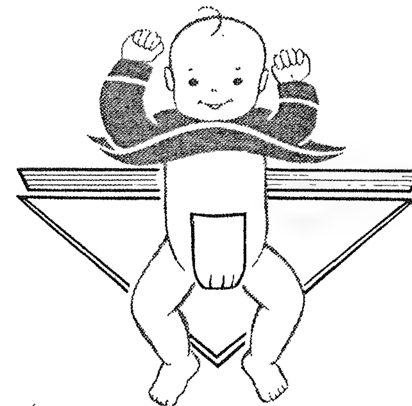
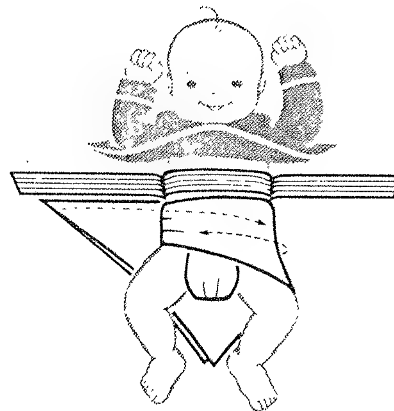


Fig. 111 — Din scutece se confecţionează un pantalonaş



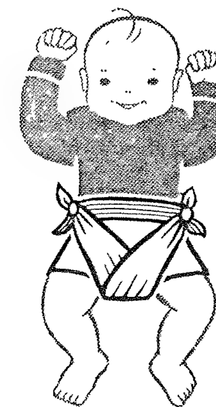


Fig. 112, 113 — Din scutece se confecţionează un pantalonaş

aduce din nou, în față unde se înnoadă separat, fiecare capăt cu cîte unul din vîrfurile scutecului triunghiular (fig. 113). Acest pantalonaș este comod pentru sugar, bine fixat, permițîndu-i, în același timp, să se miște în voie. Sugarul trebuie încălțat cu botoșei. În ultimul timp s-a pus la dispoziția mamelor „îmbrăcăminte pentru sugari" care este practică și ușurează munca mamei. Din momentul cînd sugarul începe să pedaleze, se vor folosi chiloți simpli și botoșei (cînd este cald afară și/sau în cameră) sau pantalonași salopetă (în zilele mai răcoroase) (fig. 114).

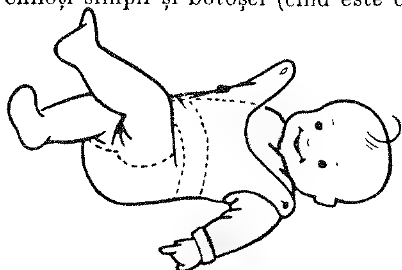


Fig. 114 — Deasupra pantalonașului din scutece sugarul poate fi îmbrăcat cu un pantalonaș cu botoșei.

În cazul cînd sugarul este îmbrăcat deasupra cu pantalonași din pînză sau tricotați, scutecul dreptunghiular se aplică în același mod, dar cordonul este de prisos.

De la 4 la 5 luni

Una din cele mai mari bucurii trăită de părinți este urmărirea dezvoltării sugarului, care are loc continuu.

Unele modificări în dezvoltarea nervoasă a sugarului nici nu ar fi sesizate de părinți, dacă nu li s-ar atrage atenția. Pentru un adult, progresele sugarului par atît de simple, încît le consideră de la sine înțelese. Pentru sugar este însă o adevărată performanță dacă reușește, după săptămîni de încercare, se întindă mîna și să apuce o jucărie.

Descrierile din această carte nu trebuie luate ca ceva absolut obligatoriu pentru aprecierea sugarului. Nu este bine să comparați performanțele copilului propriu cu ale copiilor colegelor de serviciu sau ale vecinelor. Fiecare copil își are propriul său ritm de maturare, performanțe sau „rămîneri în urmă", caracteristice temperamentului și structurii lui. Fiecare ființă umană este o individualitate aparte, ce nu se poate pune în tiparul nici unei scheme de dezvoltare normală.

Alimentația

449. a) Numărul meselor. La sugarii sănătoși care se dezvoltă bine se mențin cinci mese pe zi, la cei grași (păstoși cu tendință la obezitate) se va evita introducerea de făinoase, menținîndu-se numai laptele și adaosul de fructe și zarzavaturi. Mulți sugari renunță spontan la una din mese, spre nedumerirea și chiar neliniștea unor mame. Tentativele rigide de a menține orarul de 5 mese, trezind sugarul noaptea sau dîndu-i să tragă din biberon în somn, sînt greșite.

La sugarii debili, foștii prematuri, distrofici și convalescenți se pot da încă 6 mese pe zi.

b) Rația va fi de 150—170 ml la fiecare masă, dacă sugarul primește 5 mese în 24 de ore și de circa 200 ml dacă primește numai 4 mese.

c) Conținutul meselor. *Dimineața* se dau 200 ml lapte praf în concentrație de 12,5%—13,5% cu 3—5% zahăr. La această vîrstă se pot varia făinurile care se dau cu lapte. Aproape toate aceste făinuri au cam aceeași valoare nutritivă; de aceea se va ține seama de preferințele și toleranța digestivă a sugarului, precum și de posibilitățile de aprovizionare ale familiei.

Sugarii cu tendință la diaree vor primi în continuare laptele preparat cu mucilagiu de orez; la cei constipați se poate da lapte cu zeamil 3% sau lapte cu fulgi de ovăz 3%. Înainte se obișnuia să se prepare laptele cu făină rumenită; în momentul de față, aceasta se folosește numai în cazurile în care sugarii refuză alte făinoase. În caz că se găsesc în comerț, se pot folosi produsele din cereale cu adaosuri de pulbere de vegetale.

Pe la *orele 10—10,30* se va da un suc de fructe (iarna, suc de portocale, la cei cu constipație, sau suc de lămîie diluat cu ceai și ușor îndulcit cu sirop de zahăr la cei cu tendință la diaree; toamna, suc de mere sau de morcovi; vara, suc de fructe de sezon). Nu sîntem de părere să se dea amestecuri din sucuri de mai multe fructe. La masa *de prînz* se poate da pireu de legume. Acesta va fi preparat cu morcovi sau cartofi, adăugîndu-se legume verzi, puțin unt (circa 5 g) sau caimacul de la laptele fiert pentru adulți, lapte (fie 50—60 g lapte fiert, fie 2 lingurițe de praf de lapte). Unii sugari preferă ca pireul să fie dres cu suc de lămîie sau ușor îndulcit. Nu se sărează.

Din punct de vedere biologic, grăsimile vegetale (floarea soarelui sau germen de porumb) corespund nevoilor fiziologice ale sugarului, dar la unii produc scaune mai moi. De aceea se adaugă cu prudență începînd cu cîteva picături și crescînd treptat pînă la 1—2 lingurițe de ulei proaspăt, bine rafinat.

La acest pireu se poate adăuga, treptat, începînd din luna a 5—a:

— fie 1—3 lingurițe de carne de pasăre (mixată sau fiartă și tocată fin), ficat de pasăre (tăiată în gospodărie), carne de vită;

— fie 1/2 gălbenuș de ou proaspăt, fiert tare și amestecat bine cu pireul;

La început „pireul" va fi de fapt supa în care se pasează o parte din zarzavatul fiert; treptat „supa" se va prepara (îngroșa) cu mai mult zarzavat pasat și se va îmbogăți cu unt sau ulei devenind pireu. Cît este subțire, această masă se poate da cu lingurița sau, în caz de refuz, cu un biberon cu tetina cu orificiu larg, deoarece este mai comod pentru sugar să sugă din biberon.

Dacă un sugar refuză supa, pireul de zarzavat sau de fructe (în general orice aliment nou), nu se va insista și, mai ales nu se va forța să mănînce după o anumită schemă de diversificare! Se va continua cu alimentul cu care este obișnuit și pe care l-a primit cu plăcere. După 1—2 săptămîni, se va încerca cu prudență din nou, cu 2—3 lingurițe de supă de legume, înainte de a i se da laptele cu care este obișnuit.

La sugarii grași, păstoși, la masa de la ora 16 se vor da mere rase amestecate cu foarte puțin pesmet de pîine prăjită, măcinată sau biscuiți rași, opăriți și înmuiați cu ceai îndulcit și îmbogățite cu brînză de vaci. Dacă sugarul refuză pireul de fructe, i se va da un biberon de lapte.

Seara, în jur de ora 20, i se va da o fiertură de făinos cu lapte (zeamil 5% și zahăr 5%). Multe mame preferă să dea seara lapte cu griș, pe care sugarii îl primesc cu plăcere. La noi în țară unele mame și surori de ocrotire au tendința de a introduce timpuriu laptele cu griș. Menționăm că acesta nu se recomandă înainte de vîrsta de 6 luni.

La sugarii păstoși și foarte grași se va evita introducerea făinoaselor în alimentație, deoarece accentuează tendința la obezitate (care trebuie combătută, deoarece mulți sugari obezi devin adulți obezi).

d) Alimentația naturală. Dacă sugarul este hrănit încă la sîn, se vor menține 5 mese în 24 de ore, dintre care 3 pot fi numai la sîn. Alimentația se va completa cu supa de legume la prînz, precum și cu suc și pulpă de fructe rase sau cu o fiertură de lapte la masa de după amiază.

Creșterea și dezvoltarea neuropsihomotorie

450. G r e u t a t e a. Creșterea va fi mai mică în luna a cincea: 400—600 g pe lună, în medie 20 g/zi sau 140 g pe săptămînă. La 5 luni sugarul normal și-a dublat greutatea de la naștere. Excepție fac sugarii cu greutate mică la naștere; ei își dublează greutatea mai devreme decît cei cu greutate mai mare.

451. L u n g i m e a. Sugarul a crescut cu 13—15 cm de la naștere. În ultima lună a crescut cu 2 cm. De acum înainte va crește și mai puțin: circa 1 cm pe lună.

Nu se fac considerații asupra înălțimii definitive a unei ființe umane după modul cum crește în primul an de viață. Așa cum am afirmat și în alte pagini ale acestei cărți „saltul" definitiv al înălțimii survine la pubertate între 12 și 16 ani.

452. M o t r i c i t a t e a g l o b a l ă. a) Așezat pe spate *(decubit dorsal)*. Spre sfîrșitul lunii a V-a, o mare parte din sugari se pot întoarce de pe o parte pe alta. Unii reușesc să se întoarcă și de pe spate pe burtă. Circa 25% dintre ei nu reușesc această performanță, deși sînt normali în ce privește alte capacități neuromotorii.

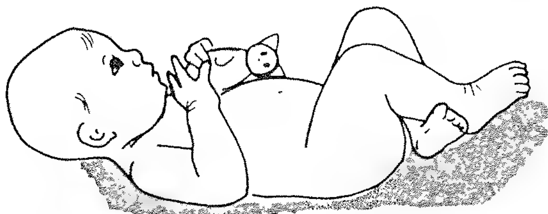


Fig. 115 — După 4 luni, sugarul culcat pe spate, ridică singur capul de pe planul patului.

Își apucă picioarele și duce degetele la gură. Stînd culcat, sugarul își pipăie propriul corp cu mîinile, acum deschise. Uneori își întinde la maximum coloana vertebrală, se sprijină pe cap și pe tălpi, în timp ce ridică șezutul, dînd impresia că face „puntea". Alteori ridică capul și în același timp întinde restul corpului (fig. 115). Dacă i se întinde un obiect (o jucărie viu colorată, ușor de apucat), o apucă încă cu stîngăcie, cu toate degetele dar o ține bine strîns; o scutură, o izbește de gratiile patului, o „cuprinde" și cu ochii și apoi o duce la gură. Îi dă drumul singur. Îi place să agațe păturica și s-o tragă pînă la gură pentru a o suge.

Trunchiul este în poziție simetrică față de cap. Membrele inferioare sînt în rotație externă și ușor îndepărtate. De cele mai multe ori pedalează succesiv cînd cu un picior, cînd cu celălalt, dar adesea întinde și îndoaie simultan ambele membre inferioare, genunchii pot fi bine întinși, iar picioarele sînt mobile în articulația gleznelor.

Mișcările dau impresia de coordonare.

b) Așezat pe burtă, sugarul se redresează cu ușurință sprijinindu-se pe antebrațe. Stă în poziție simetrică, cu capul ridicat pînă la 90°. Se pivotează pe un singur braț greutatea fiind transferată de partea brațului pe care se sprijină, și astfel își eliberează celălalt braț pe care îl întinde înainte. Schițează tîrîrea, dar nu reușește să-și deplaseze întreg corpul înainte. Începe să se roteze.

Bazinul este aplicat pe planul patului.

c) Ridicarea de brațe din poziția culcat pe spate. Sugarul se agață strîns cu toate degetele de cîte un deget de la mîinile adultului și se ridică din poziția culcat pe spate în cea de așezat cu controlul perfect al capului (fig. 116). În caz că sugarul nu participă la această mișcare (nu se agață de degetul adultului, nu are puterea de a se ține de acest deget sau/și nu încearcă să-și ridice capul și toracele) va fi sesizat medicul. După ce este ridicat în șezut și susținut în această poziție, sugarul își ține bine capul, îl duce în față și-l rotează lateral. În timp ce sugarul este ridicat, membrele inferioare se întind. Brațele sînt flectate în articulațiile cotului.



Fig. 116 — Ridicat de mîini în poziție șezînd are un control bun asupra capului.

d) Poziția în șezut. Începe stabilitatea trunchiului. Spatele nu este drept, dar poate fi adus pentru scurt timp în extensie. Ținut de umeri, sugarul încearcă să stea pe șezut: își poziționează bine capul în spațiu, dar nu reușește să-și țină trunchiul, se apleacă în față, întinde brațele înainte pentru a se sprijini, dar fără preluarea integrală a greutății. Articulațiile șoldului se flectează, membrele inferioare se rotează și se înclină spre părțile laterale, genunchii sînt flectați, iar gleznele sînt mobile.

e) Ridicarea în picioare, susținut de subsuoară (axile). Sugarul întinde picioarele spre planul patului și preia greutatea corpului. Nu reușește încă să se sprijine pe picioare: își flectează articulația șoldului, îndoaie și întinde genunchii, se sprijină discret și pentru scurt timp pe vîrful picioarelor, are tendința de a se „balansa" sau de a face „hopa-Mitică".

f) Reacții de poziție. În orice poziție, capul se poziționează bine. Sugarii foarte bine dezvoltați neuromotor reacționează bine la orice poziție a capului față de trunchi și a corpului față de cap, așa cum se vede din fig. 117. Această reacție este cunoscută de pediatri sub numele de reacția Landau.

Precizăm că această reacție nu se constată la toți sugarii în luna a V-a, dar în lunile următoare va fi urmărit modul cum se produce.

453. M o t r i c i t a t e a f i n ă ș i a p u c a r e a. Dacă sugarul este într-o poziție stabilă poate apuca cu ambele mîini prin apucare palmară cu toată palma (prindere „simiană").

Ridicat în șezut și sprijinit de un adult, urmărește cu interes obiectele care sînt lăsate să cadă lateral de corp. Întinde mîna spre o jucărie viu colorată; după ce o apucă, se opune cînd mama încearcă să i-o ia; jucăria este apucată cu mîna deschisă, cu toate degetele; acest mod de a apuca îl face să-i dea drumul fără vreun scop și fără s-o mai poată recupera.

454. Gura devine un organ de cunoaştere. Sugarul simte nevoia de a vîrî toate obiectele în gură. Este o modalitate de a le cunoaşte. Buzele şi limba sînt organe foarte bune „de pipăit". Mama va oferi numai obiecte pe care sugarul le poate băga în gură fără pericol. Sînt indicate: inele de plastic, jucării din cauciuc. Se vor pune la îndemîna sugarului numai obiecte cu dimensiuni şi forme care să nu permită înghiţirea sau alt

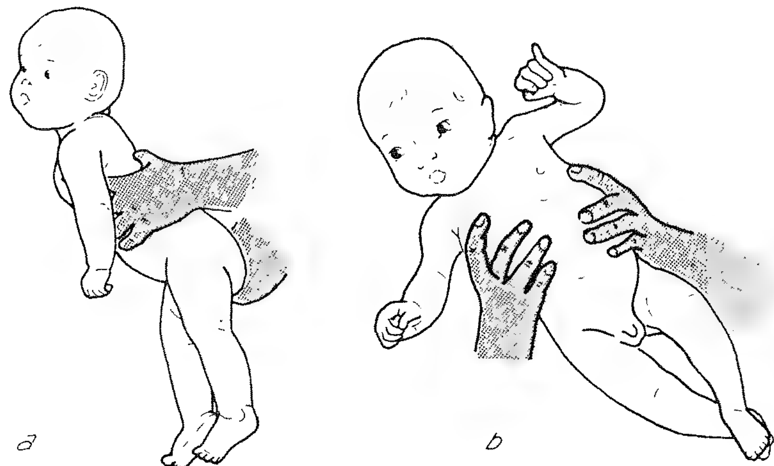


Fig. 117 — Reacţii de poziţie

accident. Se vor spăla ori de cîte ori cad jos şi nu se va permite celorlalţi fraţi să se joace cu ele (pericol de infecţie). Dacă nu i se dau jucării, sugarul va morfoli, foarte probabil, cămăşuţa, păturica, marginea patului etc.

455. Limbajul. Sunetele emise sînt tot guturale, realizate fără a folosi mult limba sau buzele. Sugarul gîngureşte şi „vocalizează". Cînd este în stare de veghe vocalizează mult, leagă sunetele, „fredonează", se opreşte şi reîncepe mereu. Din cînd în cînd pronunţă clar un „a" sau un „e" bine conturate, tace pentru cîteva secunde sau minute şi le repetă ca şi cînd ar vrea să se asculte. Vorbeşte singur, începe să emită silabe (da, de, gu) şi le uneşte progresiv în lanţuri de silabe ritmice. Cînd mama imită aceste sunete, satisfacţia sugarului creşte şi, parcă încurajat, angajează un fel de „conversaţie". Deîndată ce s-a instalat această schiţă de dialog, sugarul rîde cu hohote, se răsuceşte, întinde braţele şi reia vocalizele, îndemnînd parcă şi pe mama lui să le repete. Se opreşte din plîns cînd aude muzică.

456. Contactul social. În loc de reacţii globale (bucurie, satisfacţie, teamă, ţipete) sentimentele se nuanţează, mijloacele lui de manifestare se îmbogăţesc: bucurie, mînie, plictiseală. Din ce în ce mai mult „îi place societatea", simte nevoia să fie cineva lîngă el ori de cîte ori este treaz; dacă i se vorbeşte, este fericit.

Începe să se contureze din ce în ce mai mult personalitatea sugarului („vesel", „leneş", „activ", „sensibil", „visător"). Nu se pot trage concluzii definitive. Toţi cei ce îngrijim sugari sîntem izbiţi de faptul că unii sugari sînt „leneşi" şi refuză să primească orice aliment mai consistent sau să „participe" la mîncare, că unii plîng la orice voce ce se ridică, iar alţii

sînt indiferenţi. De îndată ce se trezesc unii gînguresc, se întorc în toate părţile, încearcă să „prindă" orice mişcare a adulţilor.

Unii se opresc din plîns cînd li se vorbeşte. Încep să deosebească persoanele apropiate de cele străine.

457. Auzul şi localizarea zgomotelor. Sugarul aude bine şi se întoarce spre sursa de sunete. Este important ca atunci cînd se testează auzul sugarului, acesta să fie calm, iar în jurul lui să fie linişte.

Sugarul deosebeşte calităţile sunetelor. Recunoaşte sunete şi se bucură de unele, refuzînd pe cele prea zgomotoase sau cu care nu este obişnuit. Repetă propriile sunete, se bucură de ele. Emite sunete nuanţate. Repetă şi schimbă repertoriul de sunete. Ţipă cu putere cînd are anumite nevoi sau doreşte să atragă atenţia. Pe zi ce trece, se remarcă o mare variaţie în nuanţele şi tonalitatea plînsului.

458. Vederea şi mişcările globilor oculari. Sugarul fixează obiectele şi coordonează mişcările globilor oculari cu ale capului în poziţie adecvată. Urmăreşte o zdrăngănică viu colorată cu 90° peste linia mediană, în toate planurile (le examinează în poziţie şezînd şi culcat pe spate).

Normal, sugarul de 5 luni nu mai are strabism (nu se mai uită „cruciş"). La cei care nu-şi coordonează încă bine mişcările globilor oculari sau se mai uită din cînd în cînd „cruciş", mama va „plimba" un obiect strălucitor (lentilă de ochelari) sau viu colorat la 30—40 cm distanţă de faţa sugarului culcat pe spate. Exerciţiul se va face de mai multe ori pe zi, dar pe durate foarte scurte (sub un minut), deoarece sugarul „se plictiseşte" repede de acest joc.

Supraveghere şi îngrijiri

459. Materiile fecale şi urina. Introducerea de alimente noi (carne, unt, ulei, fructe şi zarzavaturi) în alimentaţie schimbă proprietăţile urinii şi scaunelor.

Urina capătă un miros de amoniac. Pielea din jurul anusului şi organelor genitale se poate înroşi, uneori apar crăpături sau descuamări. Se va folosi o pomadă izolantă prescrisă de medic şi se va lăsa sugarul de mai multe ori cu coapsele şi regiunea fesieră descoperite; aşa cum am mai spus, contactul cu aerul constituie cel mai bun remediu pentru prevenirea şi vindecarea eritemului fesier (opăreala). Scutecele se vor spăla cu mai multă minuţiozitate (se ţin mai mult la înmuiat, se fierb, se spală numai cu săpun, se limpezesc cu mai multe ape, se usucă la aer liber şi se calcă).

Dacă eritemul persistă se va apela la pediatru care va recomanda tratamente locale şi — la nevoie — modificări corespunzătoare ale regimului alimentar.

Materiile fecale se modifică mult. Este normal ca în scaune să apară resturi de fructe şi de legume nedigerate. Numai dacă scaunele devin moi şi numeroase, consultaţi medicul. În schimb nu se va da decît o importanţă moderată la un oarecare grad de constipaţie; cu modificări uşoare ale regimului (pireuri în cantitate mai mare şi cu conţinut mai variat, adaosul de uleiuri, utilizarea de zeamil ca făinos la unele mese de lapte, cantităţi mici de miere), scaunele vor deveni mai puţin tari şi evacuarea mai puţin dificilă.

460. Baia zilnică este obligatorie.

461. Vaccinări. De obicei în această lună este planificată administrarea celei de-a doua doze de trivaccin asociat Di-Te-Per (difterie, tetanos,

tuse convulsivă) şi de vaccin antipoliomielitic (A.P.). Nu uitaţi să vă conformaţi atunci cînd sînteţi convocată la Dispensarul de copii pentru vaccinare.

462. Stimularea dezvoltării sugarului. Unii părinţi sînt preocupaţi să aibă un copil precoce, care — comparat cu alţii de vîrsta lui — să realizeze diverse performanţe. De exemplu, tentativele de a-l fixa şi forţa să stea pe şezut, pentru a grăbi această capacitate a sugarului, constituie o greşeală. Pentru stimularea corespunzătoare necesară achiziţiilor motorii vezi „Gimnastica sugarului" (punctul 551).

De la 5 la 6 luni

Medicul, sora de ocrotire şi mama insistă mai mult asupra dezvoltării fizice (creşterea greutăţii şi a lungimii corpului) şi mai puţin asupra dezvoltării neuro-psihice (maturarea psihică şi motorie). Motivul este că în primul an de viaţă dezvoltarea psihică depinde de dezvoltarea fizică şi de „experienţele" pe care le capătă sugarul în raport cu mediul înconjurător (dragostea şi calitatea îngrijirii mamei, alimentaţia, programul zilnic, armonia vieţii de familie).

De aceea *ambii părinţi*, nu numai mama, sînt datori să înveţe să studieze şi să cunoască copilul.

Sugarul nu poate efectua un proces de gîndire abstractă. El trebuie, de exemplu, să cunoască întîi în mod concret, „fizic" o jucărie. Pentru a „cunoaşte" şi a „învăţa" ce se poate face cu orice obiect ce i se dă în mînă, sugarul îl apucă în palmă, îl pipăie, îl priveşte, îl aude sunînd. Treptat, în săptămînile următoare, sugarul îşi va perfecţiona modul cum îl prinde în mînă, va reuşi să-l ţină mai mult într-o mînă, să-l treacă dintr-o mînă în alta, să-şi folosească degetele, să-l „cunoască" şi prin gust, ducîndu-l la gură, să-l „studieze", să-l azvîrle etc. Părinţii vor alege un obiect uşor, viu colorat, sunător. Sugarul va acumula o serie de experienţe în legătură cu obiectul respectiv. Multiplele contacte corporale directe cu obiectele din jur, utilizarea permanentă a tuturor simţurilor sale, amintirea experienţelor trecute, sînt aparent fără importanţă. În realitate, ele îmbogăţesc bagajul de experienţe, care reprezintă baza dezvoltării sale psihice.

Alimentaţia

463. Alăptarea. Ceea ce s-a spus anterior, rămîne valabil. Mama poate alăpta atîta timp cît sugarul este mulţumit şi creşte în greutate. De altfel, acesta primeşte acum numai 2—3 mese complete de sîn. La celelalte mese, alăptarea se completează cu fructe (mere, banane, piersici, zmeură, vişine) rase sau terciuite, pireu de legume sau cu un preparat de lapte cu un făinos. Dacă laptele de mamă nu mai ajunge, sugarul poate fi înţărcat fără vreun inconvenient. După unii autori, laptele de mamă nu mai corespunde biologic sugarului peste vîrsta de 7 luni. În ultimii ani experţii din Organizaţia Mondială a Sănătăţii (O.M.S.) recomandă menţinerea alăptării în tot cursul primului an de viaţă, asigurîndu-se astfel o dezvoltare corespunzătoare a sugarului şi prevenirea bolilor diareice. Dacă primeşte la toate mesele lapte de mamă, adaosurile de alte alimente (fructe, zarzavaturi) sînt facultativ introduse chiar la sugarul mai mare.

464. La sugarul **hrănit artificial** prima masă se dă în momentul cînd sugarul se trezeşte. I se dă o fiertură de lapte praf cu un făinos

(zeamil, griş, făină de orez, fulgi de ovăz, biscuiţi măcinaţi), îndulcită cu zahăr (3—5%), sau, la cei constipaţi, cu miere (1—2 linguriţe la un biberon). Făinurile se schimbă şi se folosesc în funcţie de gusturile şi toleranţa sugarului.

La ora 11,30 sau la prînz (12—14) masa se poate da — dacă sugarul acceptă — cu linguriţa. Pireul este mai gros (din cartofi sau morcovi); după gustul şi toleranţa sugarului, vor domina cartofii sau morcovii. Zarzavatul va fi bine fiert, strivit cu o lingură şi apoi bătut cu un tel şi amestecat cu lapte şi unt pentru a rezulta o pastă omogenă, semiconsistentă, uşor de înghiţit. După gustul sugarului, se poate îndulci sau acri. Se pot folosi şi pireurile (pasta) din comerţ (mere, morcovi, piersici); la acestea se poate adăuga puţin lapte sau unt; odată deschise, borcanele nu se mai păstrează pentru a doua zi.

La pireu se adaugă, de 4 ori pe săptămînă, carne de vită sau de pasăre (fiartă şi tocată fin), iar în celelalte 2—3 zile 1/2—1 gălbenuş de ou proaspăt, fiert timp de 10 minute. Acesta se introduce treptat, începîndu-se cu un sfert de gălbenuş de ou de găină (nu raţă sau gîscă); se ajunge la unul întreg în decurs de 10—14 zile. Dacă se taie găina în gospodărie, ficatul se va da fiert şi tocat mărunt (sau mixat); restul cărnii de pasăre se sortează în porţii pentru o zi, se ambalează ermetic (fără aer) într-o pungă curată de plastic şi se păstrează în congelator pînă la folosire. Se dă numai carnea, nu şi „zeama" (supa) în care a fost fiartă carnea. Se poate încerca o dată pe săptămînă şi carne de peşte de apă dulce foarte proaspăt (şalău, mreană, ştiucă).

În lipsa cărnii sau a gălbenuşului de ou, se poate da în unele zile brînză de vaci.

La sfîrşit, se pot da sugarului cîteva linguriţe de mere rase, banane sau piersici, sucuri de fructe (lămîi, portocale, zmeură) sau zeamă de compot preparat în casă.

După amiaza, se dau fructe rase şi terciuite, simple sau îmbogăţite cu un făinos (biscuit) şi brînză de vaci. Dacă sugarul le refuză sau dacă nu creşte cu circa 500 g pe lună se va da, în continuare, masă de lapte.

Seara se va da o masă similară cu cea de dimineaţa.

Alegerea şi cantitatea laptelui se face în funcţie de:

— curba ponderală a sugarului (cel mai important criteriu);
— toleranţa digestivă (scaune, vărsături);
— modul cum îl acceptă sugarul;
— posibilitatea de aprovizionare şi domiciliul părinţilor.

În mediul rural se va folosi laptele de vacă integral, îndulcit cu o linguriţă rasă de zahăr la 100 ml de lapte. Pentru creşterea valorii calorice şi pentru a fi mai bine primit de sugar se poate da şi sub formă de lapte cu zeamil (5%) şi zahăr (5%), lapte cu griş (4%) şi 5% zahăr, lapte cu făină de orez (3—4%) şi 5% zahăr, lapte cu făină rumenită (3%) şi 5% zahăr, lapte cu biscuiţi măcinaţi (2—4%).

Dintre preparatele industriale de lapte praf se pot da: Lactosan 13,5% cu 5% zahăr, Humana 2 14%, Similac 1 măsură la 60 ml, Robebi B 15%, orice alte preparate industriale care se încadrează în lapte praf integral (3,4—4,0% grăsimi) sau aşa numite preparate de continuare *(Folgenmilch* în limba germană sau *lait de suite* în limba franceză), aşa cum prevede comisia de experţi a O.M.S.

465. Vitamine. Dacă sugarul primeşte sucuri sau pulpă de fructe într-o cantitate ce depăşeşte 60 g pe zi, nu este nevoie să se mai administreze vitamina C.

Se continuă profilaxia rahitismului cu vitamina D în dozele fixate de medic (fie sub formă de doze de „șoc“ de 200 000 u.i. la 2 luni, administrată în injecții sau pe gură, fie în doze zilnice de 500—1 200 u.i. administrate pe gură).

Dezvoltarea fizică și neuropsihomotorie

466. Greutatea. În luna a VI-a sugarul crește cu circa 500 g pe lună, respectiv cu 125 g pe săptămînă. Diferențele pot fi apreciabile: 100 g în plus sau în minus nu trebuie să constituie motive de îngrijorare. La sugarii care cresc cu peste 600 g pe lună, se reduc sau se suspendă făinoasele din alimentație și se cresc cantitățile de fructe și de zarzavaturi: la cei care cresc cu mai puțin de 400 g pe lună, se va îmbogăți pireul de la prînz (unt, ulei de porumb), se va reduce cantitatea de fructe, se va crește cantitatea de lapte, se va concentra laptele (de exemplu, Similac-ul se va prepara cu 1 măsură la 50 g lichid, în loc de 60 g), se va mări cantitatea de făinoase din fierturile făinos cu lapte. Cu Humana 2 sugarul crește bine.

467. Dentiția. În mod obișnuit, la 6—7 luni apare primul dinte. Foarte rar se întîmplă ca un sugar să aibă 1—2 dinți chiar la naștere. *La unii copii normali primul dinte apare abia către vîrsta de un an.* Aceste abateri mari de la regulă sînt de obicei de cauză familială. Dacă momentul apariției dentiției este foarte variabil, ordinea erupției este aceeași la aproape toți copiii. În mod normal, primii dinți care apar sînt incisivii mediani inferiori.

Locul unde va apărea un viitor dinte este înroșit și ușor umflat: prin transparența mucoasei se poate vedea vîrful albicios al dintelui. Cei mai mulți sugari duc toate obiectele la gură și mușcă cu mai multă putere decît înainte. Unii sugari sînt nervoși, iritabili, au somnul agitat și apetitul diminuat. Toate aceste manifestări pot avea și alte cauze și nu sînt semne sigure de erupție dentară. Alții se simt la fel de bine ca pînă acum și nu prezintă nimic deosebit nici înainte și nici în timpul erupției dentare.

Mamele au tendința de a pune o mulțime de tulburări (nervozitate, febră, inapetență, diaree) pe seama erupției dentare, care, singură, *nu declanșează însă creșterea mare a temperaturii și nici diaree!* Trebuie consultat medicul.

468. Culoarea ochilor. La 6—8 luni se definitivează culoarea ochilor.

469. Motricitatea globală. a) Așezat pe spate *(decubit dorsal).* Sugarul se poate întoarce de pe spate pe abdomen pe ambele părți, dar preferă una din ele. Apucă picioarele, își pipăie corpul spre a-l recunoaște. Întinde brațele în față și ridică capul. Uneori face „puntea“ cu hiperextensia coloanei vertebrale: se sprijină pe cap și călcîie și-și ridică în sus trunchiul și abdomenul cu încurbarea coloanei vertebrale. Membrele inferioare sînt în rotație externă, flectate (îndoite) de la genunchi, iar unghiul format de coapsă și abdomen este obtuz: piciorul este în extensie față de gambă, iar articulația gleznei este mobilă. De abia la această vîrstă, extensia completă a membrelor inferioare este posibilă. Mișcările sînt mai coordonate.

Sugarul nu mai preferă poziția așezat pe spate. Încearcă să se întoarcă pe o parte sau pe alta, îi place să se agite, să dea din picioare fără încetare, de parcă ar pedala la o bicicletă, gîngurește, lalalizează, trage cîte un chiot. Mișcările membrelor inferioare au o amplitudine mare; izbește cu picioarele cu putere, se oprește uneori pentru un minut și privește pe cei din jur de parcă ar vrea să se facă remarcat, apoi reîncepe.

b) Așezat pe burtă *(decubit ventral).* În această poziție ridică bine capul. Trunchiul este relaxat. Cînd stă liniștit pe burtă, șoldurile se lipesc de planul patului. Se sprijină pe antebrațe sau pe mîini cu echilibru bun (fig. 118).

Sugarul se întoarce uneori de pe abdomen pe spate la început mai mult căzînd, dar mai rar în modul „în bloc“ și mult mai des prin rotație.

Am văzut că la 4 luni, dacă este așezat pe burtă, sugarul se sprijină pe antebrațe, ține capul sus și poate privi lateral. La 6 luni el se sprijină pe ori-

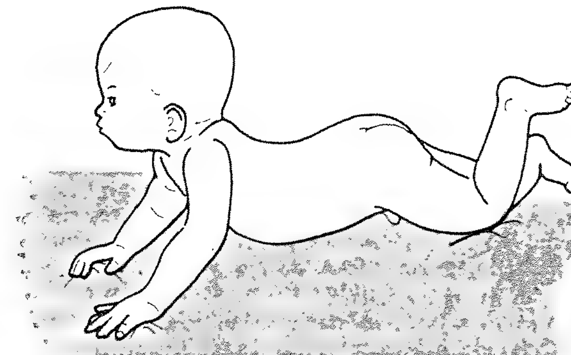


Fig. 118 — Culcat pe burtă, sugarul de 5—6 luni se sprijină uneori numai pe mîini.

care din segmentele membrelor superioare, își îndoaie spatele, ridică sus capul și-l întoarce în toate părțile, pentru a vedea tot ce se întîmplă în jurul său. Pus pe un plan orizontal solid (țarc, masă), încearcă să se deplaseze: îndoaie și-și împinge picioarele, în timp ce-și îndreaptă și coboară capul, schițînd mersul de-a bușilea.

c) Poziția șezînd. Dacă este „pus să stea în șezut“ sprijinit de mamă și aceasta își retrage mîinile care-l sprijină, sugarul ține mîinile în față, preluînd destul de stîngaci greutatea.

Între 5 și 6 luni o mare parte din sugari pot sta în șezut pentru scurt timp, necesitînd încă un timp pînă reușesc să stea bine, fără nici un sprijin. Cei cu o dezvoltare foarte bună pot sta 3—10 minute, fără a obosi. După ce a învățat să stea în șezut și dacă sugarului îi face plăcere, mama îl poate așeza zilnic timp de 15—30 minute într-un scaun pentru sugari[1]. Poziția aceasta îl bucură, deoarece poate să folosească ambele mîini pentru joc. *Încercările unor mame de a-l face pe sugar să stea în șezut, ridicîndu-l mai des sau punîndu-l între perne, nu sînt urmate de succes. Sugarul va sta bine cînd mușchii spatelui sînt suficient de dezvoltați și și-i poate controla. Nu se vor impune exerciții care-l obosesc sau irită!* (vezi „Gimnastica sugarului“ punctul 552).

Cînd sugarul învață să șadă, nu se poate menține într-o poziție stabilă decît cîteva secunde, chiar dacă este plasat între perne. Cînd cade sau dă semne de oboseală, va fi culcat în poziția preferată (pe burtă sau pe spate).

d) Tracțiunea de pe spate în poziția pe șezut. Dacă mama introduce un deget în mîna sugarului (după experiența noastră degetul mic pe care — fiind mai subțire — sugarul îl cuprinde mai bine), iar cu celelalte 4 degete îl „asigură“ ținîndu-le în jurul antebrațului deasupra pumnului, sugarul înalță

[1] Ulterior va mînca, așezat în acest scaun, la masa adulților.

capul și apoi întinde trunchiul și se ridică sprijinindu-se pe șezut, îndoaie genunchii și apoi întinde membrele inferioare și se pivotează pe „fundulet". Nu i se poate da drumul pentru că ar putea cădea, dar își ține bine capul, îl întoarce în toate părțile, îl poziționează foarte bine în spațiu.

Unii, după ce au participat la ridicarea în șezut, tind să se ridice în picioare și acceptă cu greu ca din această poziție să fie aduși în decubit dorsal (culcat pe spate).

c) **Poziția ridicată („în picioare").** Dacă mama sprijină pe sugar ținîndu-l de axile, acesta se sprijină nesigur la început pe vîrful picioarelor, apoi, în jur de 6 luni se sprijină ceva mai bine cu picioarele îndepărtate, dar genunchii sînt încă în flexie (ușor și inegal îndoiți), întregul corp este în poziție simetrică (capul pe aceeași axă cu restul corpului) (fig. 119). Aceasta nu înseamnă că va merge în curînd. Va mai trece încă mult timp pînă cînd va sta în picioare și va merge. Întîi trebuie să învețe să stea în șezut (mult și sigur) și să se obișnuiască să-și mențină trunchiul drept, înainte de a se încumeta să se ridice pe picioarele sale „șubrede". *Nu este cazul să fie încurajat să stea în picioare.*



Fig. 119 — În picioare, la 5—6 luni se sprijină cu picioarele depărtate.

470. Motricitatea fină. *Apucarea cu mîinile* devine din ce în ce mai abilă. Folosește întreaga mînă ca un căuș (fig. 120) cu întreaga suprafață palmară (tip palmar), dar treptat cu opoziție parțială a policelui (degetul mare). Dacă i se dă o jucărioară în mînă, o ține mai mult, o scutură cu energie, rîzînd zgomotos. Apucă bine un inel în mînă. La începutul lunii, apucarea unui cub este precară; dacă i se pune cubul în mînă, îl ține între palmă și vîrful degetelor; la sfîrșitul lunii a VI-a și începutul celei de a VII-a luni, prinderea devine palmară; cubul este ținut în palmă cu degetele închise pe deasupra. Poate prinde cîte o jucărioară sau cîte un cubuleț în fiecare mînă, iar dacă fac zgomot, le poate ciocăni una de alta.

Începe să participe cu tot corpul la apucarea unei jucării. Cînd rîvnește la o jucărie, o fixează mai întîi cu privirea, apoi deschide și închide alternativ degetele, ca și cînd ar prinde-o de la distanță, face mișcări de supt ca și cînd ar gusta-o, agită brațele, încearcă să se apropie de ea. Dacă este așezat pe burtă

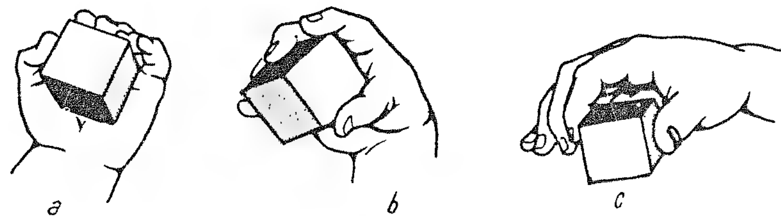


Fig. 120 — Evoluția modului de prehensiune (apucare):
a) la 6 luni sugarul folosește întreaga palmă ca un căuș; b) la 9 luni apucă un cub între toate degetele cu opoziția degetului mare; c) la un an folosește pentru apucare degetul arătător și degetul mare.

și i se pune un obiect strălucitor în față, la distanță mică de mînă, încearcă să se deplaseze, avansează puțin pe burtă și, după mai multe încercări infructuoase, reușește să apuce obiectul dorit. După succes, se agită, tresaltă de bucurie, izbește cu putere gratiile patului sau ale țarcului, scoate țipete triumfale, își cheamă mama „pe limba lui", pentru a-i arăta cucerirea prețioasă. La început strînge bine jucăria, dar nu știe să-i dea drumul (de-abia pe la 10 luni va ajunge la această performanță). Totuși, cum strînsoarea sa slăbește puțin cîte puțin, jucărioara cade. Atunci începe să țipe, decepționat, apoi își reia încercările.

471. Limbajul. Sugarul „povestește" și cînd este singur. Formează silabe din ce în ce mai numeroase: da, ee, dee, ghe-ghe, oo, goo; le unește în lanțuri și le pronunță ritmic (da-da-da, ge-ge). Ambii părinți sînt datori să-și găsească timp pentru a „dialoga" cu sugarul, repetînd vocalele și silabele pe care acesta le pronunță. Cu fiecare săptămînă vă dați seama că sunetele emise de sugar sînt tot mai variate, formează treptat un limbaj în care vă povestiți amîndoi evenimentele fericite, decepțiile, modulînd tonul vocii. Începeți să-i spuneți propoziții simple cu cuvinte cu 1—2 silabe: „ta-ta vi-ne", „ma-ma pa-pă", „pa-pa". Îl chemați cu prenumele său; *toată familia îl va chema cu același prenume.* Întrebați-l unde sînt frații, surorile, bunicii.

472. Contactul social. În curînd va ști să deosebească persoanele pe care le vede zilnic de persoane străine. Acest lucru se remarcă după faptul că devine mai liniștit și întrerupe jocul cînd apare un străin în apropiere sau prezența acestuia îl deranjează și începe să plîngă. În această ultimă eventualitate, părinții nu trebuie să se îngrijoreze, căci o astfel de reacție este un semn de dezvoltare absolut normală; diferențierea anturajului reprezintă o etapă în evoluția sugarului. Mama sau altă persoană bine cunoscută va rămîne în apropierea lui; simțind prezența familiei sugarul se va liniști. *Nu i se va permite unei persoane străine să-l ia în brațe cînd copilul se teme.* De reținut că sugarul uită repede; dacă nu-și vede bunica timp de trei săptămîni, ea îi va fi străină, chiar dacă înainte de aceasta au locuit împreună.

Se bucură cînd își vede imaginea în oglindă. Deosebește tonul cald, drăgăstos de cel ferm, sever; înregistrează expresia mimică a mamei și reacționează la aceasta. Se întoarce spre sursa de zgomote și reacționează adecvat față de situații plăcute sau neplăcute.

Treptat, pe măsură ce se dezvoltă, începînd din luna a șasea, sugarul capătă *conștiința de sine*, de mama sa, de ceilalți membri ai familiei.

În primele luni, sugarul era probabil incapabil de a deosebi ceea ce era el și ceea ce nu era el. Puțin cîte puțin, el învață să capete conștiința corpului său de care își dă seama mulțumită mîngîierilor mamei, ceasurilor lungi petrecute la alăptat, la înfășat, la baie, la toate stimulările plăcute și neplăcute percepute prin pielea sa: i-a fost frig sau prea cald, a fost ud sau prea strîns înfășat etc. În același timp datorită percepțiilor sale vizuale, olfactive (de miros), auditive, cutanate (de pipăit, mîngîiat, durere, rece, cald etc.), el a căpătat cunoștință de cei din jur, vă cunoaște și recunoaște fața, vocea, sînii, mîinile, brațele și mirosul corpului dumneavoastră; în același timp a dobîndit conștiința gurii, mîinilor și picioarelor sale. Unele senzații mai profunde[1] îl fac să perceapă poziția membrelor sale și, puțin cîte puțin, integrînd în fiecare zi mai bine aceste senzații, va fi capabil să facă din aceste senzații o sinteză și să se cunoască în ansamblu. Obiectele din imediata lui apropiere participă la această dobîndire a conștiinței de ceea ce este el și de ceea ce nu

[1] Din interiorul corpului

este el; le vede, le pipăie, le apucă, le scapă, le regăsește, tot atîtea experiențe de sute de ori reînnoite care contribuie la această lentă cuprindere a lumii.

În această evoluție în cunoașterea de sine, dumneavoastră, ca mamă, sînteți fața mereu regăsită, vocea mereu auzită, elemente permanente care-i permit să accepte în chip fericit fiecare experiență și să-i dea astfel adevărata sa valoare. De aceea, mama trebuie să fie prezentă și să-i dea cît mai mult din timpul ei.

O etapă nouă începe aproape pe neașteptate, comunicările și schimburile se fac prin intermediul unui obiect: *jucăria*. Îi place ca să-i luați ursulețul (sau jucărioara) să i-l arătați, să i-l dați, să i-l luați din nou. Îi place ca mama sau tata să izbească într-o cutie de tablă. Astfel în jocul cu copilul, de acum înainte se va folosi un obiect care va servi de intermediar. Îi place ca, de la această vîrstă și pentru multă vreme, să repetați aceleași jocuri. Trebuie să aveți încă gesturi lente și calme căci sugarul se sperie de zgomote prea tari sau mișcări prea bruște. Vor mai trece cîteva săptămîni (între 8 și 10 luni) pînă cînd părinții vor reuși să recunoască ce jocuri preferă și care sînt jucăriile sau culorile care-i plac mai mult.

473. Auzul. Sugarul se întoarce spre sursa unui zgomot și deosebește calitățile sunetului. Zgomotele intense, stridente îi declanșează nemulțumirea și chiar plînsul. Dimpotrivă ascultă atent pe cele agreabile. Aude sunetele proprii și le repetă.

474. Vederea. Urmărește persoane și obiecte. Privește orice în jur. Coordonarea mînă-ochi este bună, atunci cînd privește obiectele ce le ține în mînă. Urmărește orice, în diferite planuri. Nu mai are strabism. Examenul se face în pozițiile culcat pe spate și șezînd.

475. Concluzii asupra dezvoltării neuromotorii. Această lună pare să fie de importanță deosebită. Poziția șezînd devine mai stabilă, echilibrul se perfecționează în pozițiile culcat pe spate și culcat pe burtă. Schimbarea poziției lărgește orizontul copilului. Controlul capului este bun, rotația se îmbunătățește, iar prin aceasta și capacitatea de a-și perfecționa funcția motorie. Începe să prelucreze percepțiile vizuale, acustice și tactile care se edifică pe funcțiile motorii. Contactul cu mediul înconjurător crește. Rezultă că dezvoltarea psihică, maturarea simțurilor, contactul social, afectivitatea sînt dependente de calitatea și evoluția sistemului nervos și muscular. Părinții cu inițiere în probleme de creștere și dezvoltare a copilului, cu vocație de părinți și cu viață de familie armonioasă, echilibrată, sînt cei care reușesc să depisteze cît mai de timpuriu și în toate amănuntele orice tulburare în starea de sănătate, în dezvoltarea și comportamentul sugarului.

La această vîrstă, ajutorul părinților, îndeosebi al mamei, nu constă în a învăța pe sugar lucruri noi, ci în a-i crea cele mai bune condiții de mediu, de program „de viață".

Mama ajută dezvoltarea sugarului în măsura în care este prezentă și-i oferă cît mai mult din timpul său. În prezența mamei, orice schimb devine joc: dacă-l apucă de mîini sau de picioare, dacă-i vorbește, dacă-i repetă gînguritul și vocalizele. Mama trebuie să-i dea prilejul să se miște în voie, să-și folosească mușchii dacă-i face plăcere.

De acum înainte stimulii sociali trebuie lărgiți. Într-o familie se ivesc prilejuri deosebite pentru acest deziderat. Este obligatoriu ca tatăl să-și găsească timp pentru a fi în prezența sugarului, să se „întrețină" cu el, să-l „asiste" în timpul cît se joacă, să-l scoată la aer. În familiile în care mai sînt copii, mama va observa cu surpriză cum sugarul se bucură mai mult decît de

orice de „societatea" celorlalți frați. Prin persoanele din preajma lui, sugarul capătă interes pentru societatea din jur.

Sugarii lăsați în pat tot timpul, fără să vorbească nimeni cu ei, se dezvoltă mai greu, cu toate că au o inteligență normală.

Supraveghere și îngrijiri

476. Organizarea zilei. Sugarul rămîne tot mai mult treaz; îi place să stea mereu cîte cineva pe lîngă el, se mișcă mai mult, îi place să fie dus cît mai mult la plimbare. Scoaterea afară se face după anotimp: vara, mai de dimineață și spre seară; iarna, spre prînz și la începutul după-amiezii. Plimbările sînt făcute nu numai în scopul de a „lua aer", dar și ca un mijloc de distracție și de liniștire, prin balansarea căruciorului, mișcarea frunzelor din copaci, tabloul oferit de grădină și de stradă. Dacă timpul este favorabil, sugarul va fi ținut cît mai mult în parc; în acest caz, i se va da să-și consume biberonul afară (vezi punctele 300, 301, 394 d, 401).

477. Baia devine un prilej de bucurie. Se prelungește la 5—10 minute și sugarul va fi lăsat să se bucure, să se agite. Cînd stă bine în șezut, se poate juca puțin cu o rățușcă sau cu un vaporaș.

478. Somnul. Se întîmplă ca sugarul să se trezească noaptea din somn. Aceasta poate fi numai o situație trecătoare, dar dacă se repetă frecvent și pe perioade lungi se va consulta medicul.

Nu vă sesizați dacă sugarul se trezește în timpul nopții, gîngurește sau se mai mișcă prin pat. Dacă nu plînge și nu este nemulțumit, va fi lăsat în pace.

Dacă se trezește și plînge, așteptați puțin să vedeți dacă nu se răzgîndește și adoarme din nou. În cazul în care nu încetează să plîngă, va fi schimbat și i se va da, eventual, să bea puțin ceai și, cu cîteva vorbe liniștitoare, va fi culcat din nou în pat. Mulți sugari se mulțumesc cu o suzetă.

Unii sugari doresc să aibă, „societate". Li se va pune de cu seara o jucărie în pat, în apropierea lor, pentru a o putea prinde cînd se trezesc noaptea. S-ar putea ca sugarul să se mulțumească să stea și singur, dar știind că-și poate trezi ușor părinții, preferă desigur societatea lor.

Ca măsuri preventive sau de corectare a tulburărilor banale de somn, vă indicăm următoarele:

a) Sugarul va fi scos zilnic afară. Plimbarea de după-amiază va fi mai lungă, pe un teren ușor accidentat (legănatul și trepidațiile căruciorului au un efect calmant), va fi făcută mai spre seară, cînd este mai răcoare.

b) Se va evita excesul de impresii seara (jocuri prelungite cu tatăl, bunicii sau frații mai mari; vizite în alte familii; musafiri în propria familie; televizor deschis etc.).

c) Masa de seară va fi mai consistentă și cu o cantitate mai mare de lichide.

d) Se va respecta același program în fiecare seară.

e) Baia generală se va face zilnic.

f) Îmbrăcămintea de noapte va fi comodă și nu prea călduroasă.

g) Se va evita supraîncălzirea camerei.

479. Patul. Cînd sugarul începe să se ridice în șezut coșul devine periculos (vezi punctele 559 a și 567 a). Salteaua va fi fixată la o înălțime care să evite căderea sugarului din pat. Nu se va lăsa niciodată marginea patului coborîtă. În timpul îngrijirii sugarului în pat, acesta va fi așezat totdeauna perpendicular pe latura mare a patului, să nu

cadă din pat cînd se răsucește. Sîrmele de la plasele marginilor patului vor fi controlate și reparate, pentru a nu-l zgîria pe sugar. Gratiile care s-au deplasat din dispozitivul unde sînt fixate se vor repara de urgență, pentru a se evita accidentele (fracturi, strangulare).

Se interzice fixarea sugarului cu hamuri în timpul nopții!

480. Ț a r c u l. De la sfîrșitul lunii a VI-a, sugarul poate fi pus în țarc, bineînțeles nu pentru a merge. Sugarul simte nevoia să urmărească ce se petrece în jurul lui. Țarcul îi oferă posibilitatea să privească în toate părțile. Sub țarc se așază un pled sau un covoraș.

Cel mai practic este țarcul pliant, care poate fi transportat dintr-o cameră în alta. Dacă este așezat afară, se va pune o rogojină pe jos și apoi un pled, pentru a-l feri pe sugar de umezeală.

Nu se lasă în țarc jucării ascuțite, cuburi, sfori. Se va verifica zilnic fixitatea gratiilor.

● *La 6 luni se verifică și evoluția cicatricei BCG.*

De la 6 la 7 luni

Sugarul arată mult mai matur. Stă singur în șezut și mișcă mînuțele în toate părțile. Multe din mișcări sînt încă neîndemînatice, dar — în general — sînt făcute cu un anumit scop. Se joacă cu sete și se supără dacă este deranjat.

S-a obișnuit să mănînce bine, ritmul zilnic se desfășoară mai regulat.

Cel mai important progres este să-și capete control asupra propriilor mișcări. Uimește pe toată lumea cu energia și bucuria pe care o manifestă în legătură cu cea mai mică activitate. Este sensibil la mîngîierile și laudele celor din jur. Își manifestă bucuria nu numai prin mimică, ci și vorbind pe „limba lui", strigînd și chiuind de bucurie.

Alimentația

481. A l i m e n t a ț i a n a t u r a l ă se menține numai facultativ, în funcție de indicațiile medicului pediatru care l-a supravegheat și îl cunoaște bine. După părerea noastră, dacă sugarul crește bine, se va menține alimentația naturală la 2—3 mese (dimineața, seara și la încă una sau chiar două mese în cursul zilei).

a) Laptele degresat sau diluat se menține numai la sugarii problemă, sub controlul medicului și al sorei de ocrotire. La sugarii sănătoși se recomandă lapte de vacă nedegresat sau Lactosan 13,5% (3 măsuri de 4,5 g) cu 5% zahăr (o linguriță rasă). Se poate continua cu preparate adaptate (Humana 2, Milupa, Aponti 2, Similac, Guigoz 2), parțial adaptate (Robebi B) sau alt preparat comercial de lapte pulbere cu 3,4—4% grăsimi, fără sau cu adaosuri (glucoză, dextrin-maltoză, făinuri de cereale, vitamine).

b) Cantitatea de lapte în 24 de ore este de 500—700 ml. Sugarul care bea mai mult lapte crește în general bine în greutate, dar ca urmare a alimentației unilaterale, pot apărea semne de carențe. Cu timpul, acești sugari, devin anemici și receptivi la infecții. La sugarii hrăniți numai cu lapte de vacă, scaunele devin de culoare alb-fumurie („chitoase"), cu miros urît.

482. A l i m e n t e c o n s i s t e n t e. La pireul de zarzavat, se va adăuga — de 4 ori pe săptămînă — carnea (vițel, pasăre, vită, ficat) fin tocată și de 2—3 ori pe săptămînă un gălbenuș de ou întreg. În luna a VII-a este important ca sugarul să primească ficat, carne, gălbenuș de ou, pentru aportul de fier care-l ferește de anemie. În condiții normale, sugarul are la naștere depozite de fier suficiente pentru 3—5 luni. După aceea primește puțin fier din fructe și zarzavaturi. Acum rezervele sînt însă epuizate și este necesar aportul de fier, prin carne și gălbenuș de ou. Carnea de vită, de pasăre sau ficatul (găină, vițel) se fierb și se toacă foarte mărunt sau se mixează. Se adaugă cîte 1—2 lingurițe la pireul de zarzavat, crescîndu-se apoi pînă la 4 și apoi la 6—8 lingurițe. Nu se dă sugarului carne mai grasă (porc, rață, gîscă, grăsimea de la șuncă), deoarece aceasta se digeră greu. Dacă sugarul nu vrea să primească carne, se renunță timp de cîteva zile și se reia cu alt sortiment de carne sau cu ficat.

Dacă un sugar refuză cu încăpățînare să primească carnea și gălbenușul de ou, se va consulta medicul, pentru a recomanda tehnica adecvată pentru a „păcăli" pe sugar să primească aceste alimente foarte prețioase pentru combaterea anemiei, la nevoie se recurge la un medicament care conține fier.

a). Porțiile de mîncare consistentă vor fi de 150—175 g la început, apoi se vor crește la 200—250 g. Este mai bine să se înceapă cu porții mici, pe care sugarul le primește cu plăcere.

Începînd de la această vîrstă, sugarii savurează masa și cu ochii. Mama va avea grijă ca mîncarea să fie frumos prezentată, cu gust plăcut, să fie servită dintr-o ceașcă totdeauna aceeași.

b). Mișcările de masticație apar la cei mai mulți sugari între 6 și 10 luni. Cînd sugarii încep să aibă mișcări de masticație, se va încerca să li se ofere și alimente de consistență mai crescută. Zarzavaturile nu se mai trec prin sită ci se încearcă să fie date zdrobite bine cu furculița. Mai tîrziu, zarzavaturile se toacă mărunt; în acest fel se ușurează trecerea spre o alimentație normală.

Este foarte important să se adauge alimente consistente de îndată ce sugarul este dispus să le primească, deoarece cei care continuă să fie hrăniți cu alimente pasate, deși ar putea să le mestece, vor ajunge să refuze vreme îndelungată tot ce nu este trecut prin sită.

Unii încep să apuce singuri alimentele cu degetele, pentru a le suge și a le morfoli. Este un exercițiu excelent în vederea folosirii ulterioare a linguriței. Un copil căruia nu i se permite niciodată să mănînce cu degetele, nu va avea niciodată dorința de a le folosi. La început își va murdări mîinile, fața, părul, obiectele din jur, dar se știe că orice început este greu. Pentru sugar este o nouă etapă în cucerirea mediului înconjurător și a independenței. I se poate da din cînd în cînd un biscuit sau o coajă de pîine, fără ca acestea să înlocuiască o masă. Scopul este să aibă ceva de ronțăit, atunci cînd îi ies dinții. Cînd coaja de pîine se înmoaie sau îi cade jos, se înlocuiește cu alta. Din cînd în cînd, i se poate oferi puțină pîine cu unt.

Dezvoltarea fizică și neuropsihomotorie

483. G r e u t a t e a. Sugarul crește în medie cu 500 g pe lună, respectiv 100—125 g pe săptămînă. Această cifră reprezintă numai jumătate din progresul greutății din cursul celei de a II-a sau a III-a luni. Această dezvoltare este absolut necesară și normală. Dacă un sugar ar continua să crească cîte 800—1 000 g pe lună, ar cîntări 125 kg la vîrsta de 10 ani.

Dacă mama compară greutatea sugarului propriu cu cifrele indicate în cărți, trebuie să aibă în vedere că tabelele redau valori medii, calculate din cifrele obținute de la foarte mulți copii. La unii sugari greutatea și curba ponderală nu corespund cu nici unul din aceste tabele. Este o mare greșeală de a se categorisi ca „distrofic" sau „anormal" un sugar care cîntărește cu

400—500 g mai puţin decît scrie în cărţi. Sugarii (şi copiii mai mari) care se mişcă tot timpul, nu se îngraşă. Este de preferat un copil „slab", dar care se zbenguie tot timpul, care are „carnea tare" şi care se îmbolnăveşte rareori, decît unul „gras" şi „frumos", dar care se mişcă greu iar la prima îmbolnăvire reacţionează catastrofic!

484. Motricitatea globală. **a) Culcat pe spate.** Dacă mama aşază un sugar vioi, sătul şi sănătos culcat pe spate pe un plan perfect orizontal şi dur (de preferat o masă), acesta se întoarce imediat pe o parte sau pe alta. Cei mai mulţi reuşesc cu uşurinţă să se întoarcă pe burtă.

Poate întinde ambele braţe, ridicînd şi capul, spre a semnaliza că

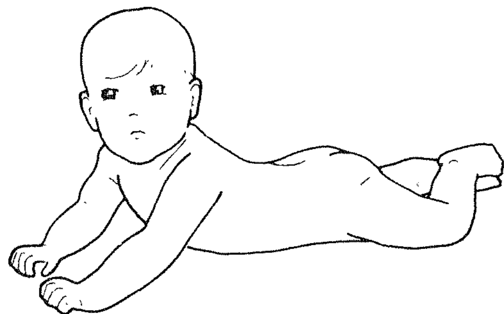


Fig. 121 — Culcat pe burtă în luna a 7-a, bazinul este lipit de planul patului.

vrea să fie ridicat: dacă este apucat de mîini, se trage aproape singur în sus. Nu mai există un model dominant de flexie sau de extensie.

b) Culcat pe burtă, sugarul ridică capul, îşi transferă centrul greutăţii şi îndoaie membrele inferioare sub burtă cu intenţia de a se ridica, dar cade înapoi. Repetă mereu această nouă achiziţie. În această poziţie se „învîrteşte" în jurul axului, se mişcă înapoi cînd vrea să se mişte înainte. Întinde un braţ pentru a apuca un obiect. Intermitent, întinde ambele braţe şi se sprijină pe mîini cu articulaţia cotului întinsă. Poziţia este simetrică. Bazinul este lipit de planul patului, membrele inferioare sînt în abducţie (duse în afară) şi uşor flectate (îndoite).



Fig. 122 — Poziţia şezînd este mai stabilă.

c) Poziţia şezînd. Ridicat prin tracţiune în poziţia şezînd, sugarul a devenit mai stabil. Se poate sprijini în faţă.

Mai trebuie sprijinit cînd stă în şezut? Sugarul a învăţat destul de bine să stea singur dar preferă să fie sprijinit de la spate, dacă stă mai mult timp. Pentru 1—2 ore poate fi aşezat într-un scaun pentru copii, unde are un sprijin suficient pentru spate şi braţe, putîndu-se concentra în întregime asupra jocului.

d) Rotaţia, tîrîrea, „mersul" de-a buşilea. Am vrea să precizăm că în dezvoltarea motorie a sugarului trebuie diferenţiate patru stadii: „tîrîrea", „de-a buşilea", în „patru labe" şi „în picioare".

La dezvoltarea globală trebuie urmărite şi alte achiziţii motorii: „rotaţia" sau „întoarcerea" (pe una din părţile laterale, pe ambele, de pe burtă pe spate, de pe spate pe burtă) şi „învîrtirea", care este o rotaţie în jurul unui ax, sugarul pivotînd-se pentru această mişcare pe unul sau pe ambele membre superioare. Cea mai mare parte a sugarilor nu sînt capabili de a adopta poziţia în „patru labe" nici în luna a VII-a. Ei încearcă să se deplaseze prin rotaţie, prin tîrîre sau de-a buşilea (de exemplu pentru a ajunge să apuce un obiect), dar efectul este de cele mai multe ori de deplasare înapoi. Mulţi părinţi se sperie de această deplasare înapoi (de-a-îndăratelea). Alţi sugari nu reuşesc decît să se „învîrtească" în jurul lor.

Sugarii sînt „fericiţi" de această achiziţie şi o repetă pînă la exasperarea şi îngrijorarea întregii familii.

Se observă o bună capacitate de extensie. Fie că este aşezat pe spate, fie pe burtă (mai ales), sugarul se întinde cu fiecare segment al corpului pentru a se deplasa înainte sau înapoi. Adesea, în cadrul tentativelor de deplasare, unii sugari reuşesc să se sprijine pe mîini (cu braţele întinse) şi să aducă membrele inferioare sub abdomen; este o tentativă de deplasare de la stadiul „de-a buşilea" la cel în „patru labe".

e) Ridicarea în picioare susţinut de axile. Dacă mama apucă pe sugar de subsuoară şi-l ridică în picioare, acesta se sprijină pe vîrful sau (mai rar) pe tălpile ambelor picioare, încearcă să preia eficient greutatea corporală şi, din această poziţie, îndoaie şi întinde succesiv articulaţiile membrelor inferioare (genunchi, şolduri, glezne). Sugarul reuşeşte să preia numai pentru scurt timp greutatea corpului. *Atragem atenţia părinţilor de a nu lăsa fără sprijin pe sugar şi nici de a face exerciţii pentru a forţa perfecţionarea acestei capacităţi neuromotorii. Sugarul nu va fi pus să se sprijine singur decît după ce încearcă şi reuşeşte singur să se apuce de plasa patului şi să se ridice în picioare.*

485. Motricitatea fină. Apucarea. Din orice poziţie, sugarul încearcă să se mişte şi să-şi echilibreze trunchiul şi membrele (fără să reuşească decît rareori), pentru a apuca obiecte care sînt aşezate în apropierea şi la îndemîna sa. Îl tentează mai ales obiectele viu colorate. Apucă obiecte mai mari şi mai mici, dar predomină încă apucarea de tip palmar, pe care o face însă cu mişcări din ce în ce mai coordonate. Întinde mîna pentru apucare şi în afara razei lui de acţiune. Ochii par să dorească mai mult decît poate realiza din punct de vedere motor. Mîinile sînt deschise şi degetele pregătite pentru activitatea fină. Prinderea obiectelor este încă de tip cleşte-patent. După ce le apucă, sugarul le priveşte („le cucereşte cu ochii"). Mîinile se unesc pe linia mediană. Se joacă cu mîinile şi picioarele. Pipăie obiectele şi învaţă să deosebească materiale ori suprafeţe plăcute de cele dezagreabile. Reacţiile sînt de plăcere sau neplăcere.

486. Limbajul. Sugarul pronunţă primele silabe izolate ca: da-da, ta-ta, pa-pa, ma-ma. Emite sunete nuanţate. Imită, repetă şi modifică sunete. „Povesteşte pe limba lui" mult şi cu plăcere.

487. Contactul social. Privirea începe să fie „grăitoare". Aceasta are semnificaţia stabilirii de contacte cu lumea din jur prin intermediul privirii. Se bucură cînd recunoaşte persoane. Străinii sînt priviţi cu suspiciune. Sugarul pare timid, dar nu are neapărat reacţii de „respingere" faţă de persoane necunoscute. Se bucură de imaginea lui din oglindă. Ascultă

cu atenție și reacționează adecvat la tonul unei voci (prietenoasă sau severă), adică prin bucurie sau disconfort (vezi punctele 502, 503, 518).

488. **Auzul.** Se întoarce spre sursa zgomotului. Aude și repetă sunetele proprii. Imită zgomote din afară.

489. **Vederea și mișcările globilor oculari.** Coordonarea mușchilor globilor oculari și coordonarea mînă-ochi sînt bune. Sugarul privește îndelung un obiect și urmărește persoane. Nu se uită cruciș; cîteodată îi mai „rămîne un ochi în urma celuilalt", cînd privește lateral.

În concluzie, în luna a VII-a continuă procesul de stabilizare și socializare. O mare parte din sugari stau bine pe șezut, dar mai sînt unii care „se clatină" sau „cad" după 1—2 minute, fiind încă nevoie de sprijin. Pentru 1—2 ore poate fi așezat într-un scaun pentru copii. Poate fi plasat pe șezut pe un fotoliu, în așa fel ca spatele să formeze cu membrele inferioare un unghi obtuz (vezi și „Gimnastica sugarului", punctul 551).

Prin progresele motorii, sugarul capătă noi capacități pentru cercetarea mediului înconjurător. Controlul mișcărilor și poziției capului este bun, se întoarce din ce în ce mai bine, de pe o parte pe alta; unii încep să se deplaseze de-a bușilea. Calitatea recepțiilor vizuale, tactile (pipăit) și auditive este integrată.

La această vîrstă, unii sugari devin timizi și mai puțin prietenoși. Nu înseamnă neapărat că le este teamă. Aceasta constituie un semn că sugarul începe să sesizeze deosebirea dintre persoanele apropiate și cele străine, reacționînd corespunzător. Zîmbește prietenos persoanelor pe care le cunoaște bine. Față de străini este rezervat. Cînd este vorba de medicul sau de sora care i-a făcut recent o injecție, plînge cu disperare.

Unii sugari par să nu treacă printr-o astfel de perioadă de timiditate, pe cînd la alții ea este izbitoare. Este bine să se respecte aceste sentimente. Copilul nu va fi obligat să se lase luat în brațe de străini, dacă el arată că nu îi face plăcere. Se va constata că va trece ușor peste această timiditate, dacă va veni în contact mai des cu persoane străine, de preferat cu un cerc restrîns și la intervale scurte.

Timiditatea constituie o etapă în dezvoltarea copilului, reprezentînd ceea ce s-ar putea numi „sociabilitate selectivă". Dacă este respectată și nu i se dă proporții neobișnuite, este foarte puțin probabil ca sugarul să devină mai tîrziu un anxios.

Supraveghere și îngrijiri

490. **Somnul.** Cei mai mulți sugari dorm acum noaptea fără întrerupere. Alții se trezesc, dar adorm singuri dacă sînt lăsați în pace cu jucăria lor. La această vîrstă, un sugar mai doarme de 2—3 ori în cursul zilei. Numărul și durata perioadelor de somn din timpul zilei depinde de structura sugarului, de starea de spirit și de agitația celor ce-l supraveghează, de programul general al familiei sau colectivității în care este îngrijit.

Din luna a VII-a, odată cu înmulțirea posibilităților de mișcare, mulți sugari își schimbă poziția și se dezvelesc în cursul nopții. Mai întîi trebuie să vă convingeți dacă sugarul nu este îmbrăcat prea călduros sau învelit prea gros. Pentru a nu-i fi prea cald, este bine să nu-l acoperiți de la început cu pătura mai călduroasă, ci mai tîrziu, cînd încăperea începe să se răcească. Se va menține o temperatură cît mai constantă în cameră.

Dacă îmbrăcămintea de noapte îi acoperă și picioarele (sac de dormit, pantalonași cu botoșei) și în cameră este cald (peste 22° C), nu sînt motive de îngrijorare dacă sugarul se dezvelește.

În locuințele care se răcesc mult în cursul nopții (sub 17° C), este bine ca sugarul să fie îmbrăcat mai gros. La îmbrăcămintea obișnuită se poate adăuga un maieu sub cămașa de noapte sau o jachețică subțire pe deasupra. După părerea noastră, pentru copiii care se mișcă mult și se dezvelesc sînt mai bune pijamalele cu botoșei. Între coapse se pun scutece adsorbante. Chiloții din plastic favorizează opăreala. În locuințele friguroase sau cu variații mari de temperatură, în timpul nopții, se va folosi sacul de dormit.

491. **Baia** se face, în continuare, zilnic. Dacă se face cu îndemînare, cu calm, în apă cu temperatura de 36—37° C (temperatura corpului), într-o cameră încălzită la circa 22° C și fără curenți de aer, baia este o plăcere pentru sugari. Săpunirea și curățirea cu apă se fac în cadă, cu minuțiozitate peste tot și îndeosebi la cutele pielii. Sugarul va fi lăsat, dacă stă nesprijinit pe șezut, să se joace în apă cu o rățușcă sau cu o bărcuță de plastic. Baia nu trebuie însă să se prelungească peste 10—15 minute. Nu sîntem de acord să se facă dușuri cu jet de apă puternic, care sperie pe unii sugari. Dacă unii părinți țin la aceste dușuri, se recomandă să fie făcute cu ajutorul unei stropitoare, cu apă la temperatura cu care este obișnuit sugarul (36—37°C). Apa prea rece sau prea caldă sperie pe sugar și nu este lipsită de pericole: arsuri, răceală, stări de lipotimie (devin palizi sau vineți, își pierd echilibrul sau chiar conștiența).

492. **Legătura cu medicul și sora de ocrotire.** În a doua jumătate a primului an de viață, dacă sugarul a „mers" bine, există tendința, la unele mame, de a nu mai ține legătura cu dispensarul teritorial. Este o eroare! Un copil are nevoie tot timpul de o urmărire calificată, atît pentru problemele de sănătate, cît și pentru cele de educație.

De la 7 la 8 luni

Din această lună, datorită nevoii lui de mișcare și de cunoaștere, sugarul este expus la tot felul de accidente și intoxicații. Gura a devenit un organ de cunoaștere și tot ce-i cade la îndemînă este dus la gură. Fiecare familie este datoare să ia de acum înainte toate măsurile de prevedere pentru a feri sugarul de primejdii. Sugarul și copilul mic nu pot fi învățați să nu pună mîna pe tot ce se află în apropierea lor. Sînt prea mici pentru a înțelege interdicțiile. Este mai simplu să se țină obiectele periculoase (ace, bile, grăunțe, fierul de călcat încins, nasturi) sau substanțele otrăvitoare (detergenți, insecticide, cosmetice, băuturi alcoolice, medicamente) la distanță de ei. La prizele electrice se vor pune dispozitive de siguranță. Ușile de fier de la sobele de teracotă și sobele de fontă se vor „apăra" cu plăci de azbest, la marginile ascuțite de la elemenții caloriferului se vor pune placaje de azbest, mobilierul se va reduce la minimum.

Dacă sugarul este așezat pe podea, el va fi tentat să se ridice în picioare. Se prinde de orice obiect întîlnit în apropiere. Cînd apucă de fusta mamei este mai puțin rău, dar dacă se agață de colțul feței de masă pe care se găsesc vase și mîncăruri fierbinți, se poate răni sau opări.

493. Dacă sugarul vrea să țină sau să atingă biberonul în timp ce bea, va fi ajutat s-o facă. Poate fi luat în brațe sau, dacă preferă, poate fi lăsat să bea singur, stînd culcat sau șezînd. Atunci cînd sugarul încearcă să bea singur din biberon, mama va sta lîngă el, ajutîndu-l să aibă o poziție cît mai stabilă (cea mai plăcută și mai comodă poziție este cînd este ținut în brațe); va sprijini și va înclina biberonul pentru ca sugarul să nu înghită aer.

Albușul de ou poate pricinui o „alergie" (erupții ale pielii, scaune moi și urît mirositoare, agitație etc.) la sugarii care au această tendință. La sugarii care nu au prezentat nici un episod de erupții ale pielii în trecut, se va introduce albușul înglobat în „zdrențe de ouă" în supă. În lunile următoare, albușul se folosește la prepararea unor creme, papanași, budinci, perișoare.

La această vîrstă, numai gălbenușul este un element nutritiv esențial pentru conținutul său în fier, vitamine, proteine și grăsimi cu valoare biologică mare.

494. Fructe conservate. Dacă familia are fructe conservate în casă (compot de mere, compot de gutui, pastă de mere, pastă de măceșe, gem de caise) printr-un procedeu sigur și păstrate în condiții optime, se pot da fructele fără coji, strivite și omogenizate cu o lingură de lemn. De asemenea, se pot da fructe proaspete fierte, strivite și îndulcite cu sirop de zahăr. Eventual se amestecă cu pesmet de pîine sau cu biscuiți opăriți și bine sfărîmați, adăugîndu-se și brînză de vacă preparată în casă.

495. Scaunele de fructe și zarzavaturi. Reamintim că în cazul alimentației cu fructe sau zarzavaturi, scaunele conțin celuloză nedigerată, avînd culoarea și aspectul modificate față de scaunele de lapte. Multe mame se neliniștesc, bănuind că sugarul nu poate mistui unele alimente sau că fructele sau zarzavaturile respective ar fi fără valoare, fiind nedigerabile. Trebuie să se știe că organismul reține și utilizează toate substanțele cu valoare biologică (vitamine, săruri minerale, glucide, proteine).

După ce se introduc mai multe fructe și zarzavaturi, numărul de scaune poate să crească și să apară un eritem fesier. Nu este un motiv de alarmă, dacă scaunele sînt consistente și nu sînt în număr mai mare de 3 în 24 de ore.

496. Celuloza este importantă pentru sănătatea copiilor. Experimental s-a dovedit că păsările sau animalele cărora li se dădea o hrană conținînd toate principiile alimentare de bază (proteine, glucide, grăsimi) și accesoriile necesare (săruri minerale, vitamine, lichide) prezentau deficiențe mari în creștere. Simplul adaos de celuloză fin divizată determină restabilirea curbei ponderale și revenirea la un aspect normal al păsărilor sau animalelor de experiență. Celuloza și alte materii similare poartă numele de „substanțe de lest" sau mai recent de „fibre vegetale", constituind o componentă obligatorie într-o alimentație corectă. Celuloza îndeplinește și alte funcții în digestie.

497. În ultimul trimestru al primului an de viață, **oul și carnea** sînt prnicipalii furnizori de fier, care contribuie la formarea globulelor roșii, așa că sugarii care nu le primesc din diverse motive devin anemici.

În afară de carne și gălbenuș de ou, dintre alimentele care conțin fier și care se pot da la această vîrstă, reamintim morcovii, merele, caisele, piersicile, fasolea, salata, pătrunjelul, spanacul, cartofii.

498. Meniul poate fi lărgit cu budinci din griș, orez sau paste făinoase fine. Din cînd în cînd, se poate da la desert budincă cu jeleu de fructe. Copiii apreciază atît gustul, cît și culoarea vie a acestor budinci. Dacă are dinți se poate oferi sugarului din cînd în cînd și puțină pîine cu unt.

Revenim cu recomandarea de a nu se uita că în primul an de viață, alimentul care corespunde nevoilor biologice (digestie, metabolism, excreție, creștere) este laptele care trebuie să rămînă permanent și predominant în meniul zilnic al sugarului. Cel puțin două mese (dimineața și seara) trebuie să fie de lapte (complet, cu sau fără adaosuri). Numai la recomandarea medicului se poate renunța la mesele de lapte.

Dezvoltarea fizică și neuropsihomotorie

499. Greutatea. Sugarul crește cu 400–500 g.

500. Motricitatea globală. a) Culcat pe spate, sugarul nu mai rămîne în această poziție, ci se întoarce pe ambele părți și apoi de pe o parte pe burtă.

b) Așezat pe burtă, își controlează bine capul, își întinde bine brațele, trunchiul și membrele inferioare. Din poziția „pe burtă", sugarul trece în poziția de „mers în patru labe" (fig. 123), la început încă nesigur înaintînd

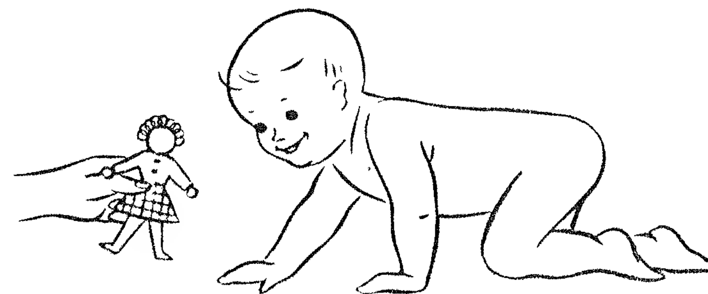


Fig. 123 — La 8 luni unii sugari încep să meargă în patru labe.

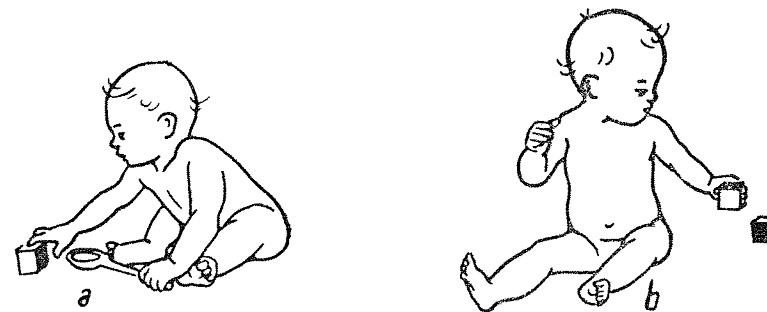


Fig. 124 — Cei mai mulți sugari stau la această vîrstă foarte sigur în șezut și se întorc în toate părțile pentru a apuca diferite obiecte.

numai „de-a bușilea". Unii se învîrtesc încă în jurul propriului ax, iar alții se deplasează de-a-ndăratelea.

De subliniat că unii sugari sar peste etapele mersului „de-a bușilea" și în „patru labe", învățînd să meargă direct în jurul vîrstei de un an!

c) Poziția șezînd. Sugarul se ține bine pe șezut, fără nici un sprijin, dar nu poate încă să treacă din poziția culcat în aceea de așezat; nu va reuși această performanță decît între 8 și 10 luni.

Puteți să-i procurați un scaun înalt, pe care îl fixați cu un prosop trecut ca o chingă în jurul corpului pentru a-l susține. Instalați-l de asemenea, într-un fotoliu mare: el va fi încîntat de această favoare și va putea să asiste la activitățile familiei.

Cînd este așezat pe un plan perfect orizontal (masă de înfășat, podea, țarc) el ține spatele drept și are un control bun al trunchiului și capului. Se mișcă în jurul axului propriu. Mișcările sînt bine coordonate (fig. 124).

d) Ridicarea în picioare. Numai o mică parte din sugari apucă de gratiile patului și se ridică singuri în picioare. În schimb, la această vîrstă, sugarul normal se prinde de mîinile mamei și se ridică în picioare, apoi stă în această poziție, cu ușoară balansare, ținînd degetele de la picioare îndoite ca și cînd ar vrea să apuce cearceaful. Deoarece în această poziție nu are un echilibru stabil, mama îl apucă de axile și atunci sugarul pășește, nesigur, cu bază mare de susținere, uneori deplasînd înainte același picior. Reflexul de apucare al tălpilor se menține.

501. Motricitatea fină. Apucarea. Apucă cu tot mai multă ușurință: „se năpustește" cu mîna cu mai multă precizie asupra unui obiect dorit și îl prinde între palmă și degetul mare (mai rar cel mic). Un nou progres important: trece obiectul dintr-o mînă în alta și-l „cuprinde" cu privirea! Cînd apucă un cub, îl ține în așa fel încît mai poate apuca unul (apucă două cuburi cu o mînă!). Se întinde să apuce toate jucăriile din jurul său. Se uită după jucăriile care au căzut. Dă drumul intenționat la obiecte. Se joacă la masă cu obiecte de diferite dimensiuni și încearcă să constate ce se întîmplă dacă le mișcă sau le aruncă jos. Dacă aruncă un obiect pe dușumea și mama îl ridică, repetă operațiunea de atîtea ori pînă cînd mama renunță la joc.

Din oricare poziție stabilă (culcat pe spate sau pe burtă, șezînd) întinde mîna pentru apucarea obiectelor. Încearcă să ajungă la obiecte în afara sferei lui de acțiune. Mîinile sînt „deschise" și degetele pregătite pentru activitate motorie mai fină. Mîinile se întîlnesc pe linia mediană; se joacă cu mîinile și picioarele. Pipăie și atinge obiecte; învață să cunoască diferite materiale, să deosebească suprafețe plăcute și dezagreabile, față de care reacționează prin plăcere sau disconfort.

502. Limbajul și contactul social

a) Limbajul. Pronunță primele bisilabe ca: „tata", „dada", „mama", „papa". Imită propriile sunete emise și pe cele pe care le aude. „Povestește" mult și cu plăcere. La aceste silabisiri se amestecă accente de triumf, nerăbdare sau chiar de mînie. Primul cuvînt nu este departe. Bate din palme și, la comandă, face „pa-pa" sau se joacă de-a „cucu-bau".

b) Contactul social. Se amplifică contactul cu mediul înconjurător prin intermediul: privirii, zîmbetului, emiterii de sunete cu coloratură afectivă.

Unii privesc persoane străine cu rezervă (vezi punctele 487, 518).

503. Comportamentul emoțional. Sugarul își alege persoana cu care vrea să comunice. Mama nu mai este singura persoană de referință.

Reacționează la interdicții sau la aprecieri afirmative. Încearcă să provoace situații pe care le dorește, prin manevre tactice abile. Descoperă slăbiciunile părinților. Este curios și îi face plăcere să facă descoperiri. Este fericit cînd i se oferă o mînă de ajutor în realizarea dorințelor.

Teama de persoane străine. În această lună se mențin reacțiile de negativism față de străini. Nu este admis de toți pediatrii și psihologii dacă această

reacție reprezintă o anumită etapă în procesul de dezvoltare psihică sau dacă nu este doar o particularitate a unora din copii.

Părinții observă că sugarul devine timid cu străinii; le privește fața, apoi se uită la ai săi ca și cînd ar vrea să se asigure că fețele familiare lui sînt prezente. Dacă un străin vrea să se apropie prea mult de copil acesta se sperie, întoarce capul, se ghemuiește în brațele mamei sau ale tatălui. Părinții observă că în aceste luni sugarul acceptă cu greu fețele severe, triste și mai ales persoanele zgomotoase. Nu trebuie dus la petreceri cu persoane multe; vederea de fețe noi poate fi cauză de neliniște. Teama de persoane străine se manifestă mai zgomotos cînd se combină cu împrejurări în care mama absentează (este lăsat singur într-o cameră cu o persoană complet străină sau mama dispare într-un magazin și un străin se apropie de căruciorul lui și-i vorbește). Se pare că sugarul nu este șocat de persoana străină în sine, ci de ceea ce aceasta face. Astfel, va zîmbi și „vorbi" cu un străin atîta timp cît acesta păstrează distanța cuvenită[1]; dacă îl atinge, protestează. Această reacție este pe deplin justificată. Și un adult ar fi șocat dacă un străin i-ar sări de gît. Înainte de a accepta dovezi de simpatie de ordin fizic, dorim să cunoaștem cît de cît o persoană.

Dacă este lăsat să privească fețe străine — peste umărul mamei — în autobuz sau pe stradă; dacă i se dă prilejul să se joace „cucu" pe lîngă fusta mamei; dacă i se permite să se apropie singur de persoane străine care-l atrag (curiozitatea fiind mai mare decît teama), copilul va ajunge să se împrietenească mai ușor cu străinii. Astfel se exersează contactul social, util pentru copilul mic, care va deveni încrezător și va manifesta interes pentru „fețe noi".

504. Auzul și localizarea sunetelor. Ascultă zgomote și se întoarce spre sursa sonoră. La zgomote neplăcute reacționează cu disconfort.

505. Vederea și mișcarea globilor oculari. Coordonarea mișcărilor globilor oculari este bună. Urmărește în toate planurile. Nu are strabism.

506. Cum poate percepe timpul? Este dificil să pricepem cum copilul prinde noțiunea de timp, dar este foarte probabil că o realizează prin derularea celor 24 de ore, prin alternanța zi-noapte, veghe-somn, zgomot-tăcere, foame-sațietate, activitate-repaus; se creează modele de ritmuri percepute atît prin senzații interioare, cît și prin excitații exterioare. Astfel, deîndată ce a trecut de șase-șapte luni, copilul „simte" că dimineața sau seara este „ora" mesei sau a plimbării sau a reîntoarcerii tatălui său. Timpul copilului se construiește cu atît mai bine cu cît mama știe să se adapteze ritmului său interior (de exemplu, dorința sa de hrană) la orarul său exterior (venirea mesei) și că această coincidență este fericită.

507. Cum se construiește spațiul? Pentru copil spațiul pare să se elaboreze pornind de la senzația și perceperea corpului care permit să separe ceea ce este el de ceea ce nu este el; mai întîi mama lui, apoi celelalte ființe apropiate, obiectele, pătuțul, camera. Și la acest punct mama este cea care, prin prezența ei, îi dă copilului nu numai limitele personale, dar îl învață să cunoască și lumea. Spațiul copilului se construiește în raport cu mama pe care o vede și o aude cum se deplasează, îi vede fața de aproape și de departe, îi aude vocea îndepărtată și apropiată, o pierde și o regăsește mereu. În timp ce este plimbat cu căruciorul descoperă străzile, automobilele,

[1] Se acceptă existența unui „perimetru *tabu*" cu raza de aproximativ 80 cm, în care sînt lăsate să pătrundă doar persoanele apropiate.

casele. Puneți-i la îndemînă jucării, obiecte mici pe care el le apucă, le pierde, le regăsește împreună cu dv. și astfel puțin cîte puțin își dă seama de contururile, de consistența (tare-moale), de greutatea (greu-ușor), apoi de culoarea lor și, în cîteva luni, va putea să le dea un nume.

Mama nu trebuie să creadă că are un rol de „învățătoare". Cunoașterea de sine, a lumii însuflețite și neînsuflețite va surveni la copil pentru că mama l-a hrănit, l-a mîngîiat, l-a schimbat, i-a vorbit și s-a jucat cu el. Această cunoaștere trece prin căi foarte profunde, mult mai apropiate de instinct decît de rațiune.

Supraveghere și îngrijiri

508. Scaunele. Din cauza maturării sale și a alimentației mai variate, scaunele sugarului sînt mai bine formate, mai rare (1—2 pe zi) și survin la ore aproape regulate. În plus, el începe să devină conștient de momentul cînd intestinul său funcționează: încetează să se joace, se „concentrează", se face roșu la față, se screme, se contractă, apoi se ușurează. Uneori, scoate un chiot cînd a avut un scaun. Cei din jur cred că „nu-i place să fie murdar"; este numai felul său de a-și anunța mama că pentru el s-a produs acest mic eveniment. Va fi schimbat, dar fără grabă. Voind cu orice preț să i se înlăture scutecul sau chiloții murdari, i se va da impresia că a avea un scaun este o treabă care o dezgustă pe mama sa. *Departe de a-i favoriza educația curățeniei, mama nu va face decît să i-o întîrzie.*

509. Somnul. În condițiile unui program normal, sugarul se culcă în jur de ora 20 și se scoală după 10—12 ore. În cursul zilei mai doarme o dată la prînz, timp de $1^1/_2$—2 ore, eventual și în cursul dimineții.

După masa de seară, copilul va fi pregătit de culcare. Nu sîntem de părere ca după masa de seară familia să înceapă să se joace cu copilul mai mic de 3 ani. Jocurile agitate, excesul de impresii duc la tulburări de somn.

Revenim cu indicația ca tatăl să fie prezent în familie în timpul mesei de seară și al culcării. *Copilul trebuie să simtă zilnic comunitatea mamă-copil-tată.*

510. Încălțămintea. Înainte de 11—12 luni copilul nu are nevoie de încălțăminte, care nu este utilă nici pentru sprijinul picioarelor și nici pentru învățarea mersului. Dacă umblă mereu pe o suprafață plană caldă, fără asperități, nu are nevoie deloc de încălțăminte.

511. Legănatul (mișcări de calmare?) La unii sugari se întîlnește obiceiul de a se legăna sau de a-și lovi capul de pereții patului. Este una din mișcările ritmice („mișcările calmante"), care se observă la mulți copii înainte de a adormi, cînd sînt obosiți sau cînd se plictisesc.

Primul inconvenient al acestui obicei este că sugarul se poate răni.

Pentru înlăturarea cauzei, părinții vor verifica dacă sugarul sau copilul mic are o ocupație suficient de interesantă în cursul zilei, dacă i s-a satisfăcut nevoia de mișcare și dacă este suficient de obosit.

S-au observat aceste manifestări la sugari care au fost ținuți multă vreme în coș, în paturi cu margini fără vizibilitate, făcute din scînduri compacte (carență de spațiu), ca și la cei care stau multă vreme în casă (carență de mișcare), sînt lăsați singuri (carență de „societate") sau în familie există o stare de anxietate, de supraîngrijire a copilului. Scoaterea copilului cît mai mult afară, o plimbare mai prelungită înainte de masa și culcarea de seară, jocuri liniștite, îmbăierea zilnică și o atmosferă de calm în familie sînt unele

dintre remediile recomandate. Dacă mama are talent, îl liniștește și-l adoarme printr-un cîntec.

Dacă sugarul va continua să-și lovească capul de pereții patului, se vor confecționa pernițe de protecție, pentru a evita apariția vînătăilor și rănilor.

De la 8 la 9 luni

Și în această lună se observă o serie de schimbări la sugar. Devine foarte activ, se tîrăște în toate părțile, încearcă să se agațe de marginile patului sau țarcului și cercetează lumea din jur. Orizontul lui s-a lărgit mult. Învață să mestece alimentele. Toate acestea modifică unele dintre obiceiurile sugarului. Uneori este neliniștit și nerăbdător fără motiv. S-ar putea să dorească să facă un lucru pentru care nu este încă apt. De exemplu, încearcă să stea în picioare, să-și folosească mîinile într-un scop anumit sau să pronunțe „cuvinte noi". Dacă reușește, în cîteva zile, se va liniști. La deschiderea ușii, face semne că vrea să fie dus afară. Recunoaște preparativele ce se fac pentru plimbare și se bucură zgomotos.

Alimentația

512. Alimentația este din ce în ce mai variată. Laptele rămîne aliment de bază în „meniul" zilnic. La sate se va folosi lapte de vacă sau la nevoie de capră integral, îndulcit cu cîte o linguriță rasă de zahăr pentru 100—200 ml de lapte. La orașe se va prefera, în continuare, lapte praf (Lactosan) 13,5% (3 măsuri rase de pulbere de lapte la 100 ml lapte) îndulcit cu o linguriță de zahăr, fierte împreună. În funcție de recomandările medicului, de gusturile sugarului și de curba greutății (la cei grași se evită făinoasele) se poate adăuga Zeamil, griș, făină maltozată, făină de orez, biscuiți măcinați sau preparate comerciale pentru copii care conțin diverse hidrocarbonate. Laptele degresat comercializat sub diferite forme implică riscuri de subalimentație sau de infecție (păstrare și manipulare necorespunzătoare). La cei neînțărcați se poate continua alimentarea cu lapte de mamă.

La orice sugar sănătos, este timpul să se ofere alimente tocate pentru a învăța să le mestece și să le înghită. Dacă se amînă formarea acestei deprinderi, se poate întîmpla ca și după vîrsta de un an copilul să primească numai alimente lichide sau trecute prin sită. Chiar și sugarii la care încă nu a apărut nici un dinte, pot mesteca și înghiți alimente mai consistente. Pentru orientare iată o schemă de alimentație zilnică:

— *micul dejun* (imediat ce se trezește) este același ca în lunile precedente: lapte de mamă, lapte de vacă sau praf integral, un produs comercial de lapte „de continuare". Numai la laptele de vacă sau praf simplu se poate adăuga zahăr sau făinoase;

— *prînzul* (12—13) cuprinde două feluri, primul este constituit din: *a)* legume variate (cartofi, morcovi, dovlecei, conopidă etc.) în pireu bine bătut cu puțin unt, caimac de lapte sau ulei vegetal (floarea soarelui sau germeni de porumb) și *b)* carne slabă fin tocată sau mixată (găină, vită, ficat de pasăre sau de vițel), un gălbenuș de ou, sau pește slab; al doilea din fructe proaspete, bine coapte (mere, piersici, caise, banane);

— *gustarea de după amiază* (16—17,30): un biberon cu lapte sau brînză de vaci cu pulpă de roșii proaspete, iaurt cu biscuiți.

— *seara*: o budincă, papanaşi cu brînză de vaci sau se repetă fiertura de lapte cu făinoase de dimineaţă şi se completează cu un „desert" – fructe proaspete bine coapte sau chiar din compot (sfărîmate şi omogenizate) dacă poate, şi-i face plăcere, cîteva înghiţituri dintr-o prăjitură de casă.

Va fi lăsat să ia micul dejun şi gustarea cu biberonul pe genunchii mamei. La prînz şi la masa de seară, unora le place să fie aşezaţi pe scaun.

Străduiţi-vă ca din timp să-i daţi să mănînce la un loc cu ceilalţi fraţi şi/sau surori. Va mînca mai bine şi va trece mai repede la alimente noi, mai consistente. Puteţi să începeţi să-i daţi să bea din ceaşcă, să-i daţi o bucată mică de pîine, de măr, de carne sau de banană pe care s-o morfolească singur. Fiţi foarte atentă pentru că s-ar putea să se sufoce cu o bucată mai mare. Hrana luată singur, îl va face mai „binevoitor" cu alimentele şi îi va permite mai curînd să mestece şi să se hrănească singur. Foarte des, înaintea unui aliment nou prin aspectul, culoarea sau consistenţa sa, sugarul mare întoarce capul şi zice „nu, nu, nu". Nu credeţi că nu-i place: este numai un mod de a-şi exprima mirarea. Nu-l dojeniţi, ci spuneţi-i numai că-i bun, mai aşteptaţi, gustaţi şi arătaţi-vă plăcerea; cu timpul în urma încurajărilor şi prin imitaţie, ajunge să-l mănînce. În nici un caz, *nu-l forţaţi!*

Dezvoltarea fizică şi neuropsihomotorie

513. **Creşterea în greutate** este tot mai încetă. Între 8 şi 12 luni creşterea săptăminală este de 60–85 g, rezultînd o medie lunară de 200–250 g. Este suficientă o cîntărire bilunară sau chiar lunară. Cîntarele noastre pentru sugari înregistrează greutatea pînă la maximum 9 kg. Curba greutăţii sugarului nu se potriveşte decît rareori cu curba din diagramele cu creşterea medie a „sugarului normal". *O cifră cu cîteva sute de grame mai puţin decît „cifra normală", la un sugar mare nu presupune categorisirea acestuia ca „distrofic" sau „malnutrit". Greutatea sugarului este un parametru care trebuie apreciat în contextul altor criterii de apreciere a stării de sănătate: îmbolnăviri, dezvoltarea neuromotorie, contact social, comportament emoţional etc.*

514. **Creşterea în lungime** între 6 şi 12 luni este de 8–10 cm. Măsurarea lungimii sugarului se va face la 2–3 luni şi cu ajutorul medicului sau sorei de ocrotire, deoarece imobilizarea şi întinderea sugarului pe o masă ca şi utilizarea panglicii implică de multe ori erori de tehnică şi interpretare.

515. **Sugari cu greutate prea mare.** Unii sugari au tendinţa de a se îngrăşa excesiv, cu mult peste „media" scrisă în diferite cărţi. Nu se poate vorbi de obezitate dacă un sugar este rotunjor, cu „tonus" muscular tare, armonic conformat. Cei mai mulţi arată aşa în primul an de viaţă; apoi „slăbesc" şi se lungesc cînd încep să se mişte mai mult. Greutatea sugarului nu depinde numai de vîrstă, ci şi de tipul constituţional, de lungime şi de alimentaţie (cantitate, calitate). Ca şi pentru adult şi copilul de orice vîrstă, sugarul nu trebuie să fie prea gras. Grăsimea nu conferă o stare de sănătate mai bună: dimpotrivă, sugarii graşi, păstoşi se îmbolnăvesc mai uşor, au o rezistenţa mai scăzută la infecţii şi fac forme mai grave de boli.

Cei mai mulţi oameni (adulţi şi copii) au un plus de greutate pentru că mănîncă mai mult decît necesită organismul. Dacă toţi membrii unei familii sînt obezi, aceasta se datoreşte de cele mai multe ori unor obiceiuri culinare greşite, unui aport excesiv de calorii. Dacă un sugar are un plus de greutate, medicul este singurul care decide dacă trebuie să slăbească puţin, dînd indicaţii amănunţite de regim. Mama nu va pune un copil la „cură" de slăbire din proprie iniţiativă!

516. **Motricitatea.** În această lună, sugarul poate umbla „în patru labe", stă în şezut, se culcă singur şi se ridică fără dificultate. Uneori reuşeşte să se ridice în picioare dacă se poate apuca de ceva, de exemplu de gratiile ţarcului. Nu reuşeşte însă să stea în picioare nesprijinit; dacă-şi dă drumul de mînuţe cade. În mod obişnuit, trebuie să se ţină bine cu ambele mîini pentru a-şi menţine echilibrul. Unii copii, după ce stau puţin în picioare, încep să plîngă. Aceştia au învăţat să se ridice, dar nu au învăţat să se aşeze singuri jos. Dacă sînt ajutaţi să se aşeze, sînt mulţumiţi, apoi încep jocul de la capăt.

516 bis. **Motricitatea fină.** Copilul învaţă mişcarea de opoziţie a policelui (degetului mare). Reuşeşte astfel să apuce obiectele între police şi celelalte degete. Această achiziţie este la baza multor acţiuni (vezi fig. 120).

Toată familia va deveni ordonată în această perioadă, îndepărtînd din jurul copilului toate obiectele mici (nasturi, bile, bomboane), pe care le-ar putea introduce în gură, riscînd să se „înece" (să se sufoce).

Pentru a atinge unele obiecte, poate folosi degetul arătător; curînd va învăţa să arate cu el ceva. Capacitatea de a folosi separat degetele şi de a armoniza mişcările lor reprezintă un progres apreciabil faţă de perioada în care îşi mişca pumnii strînşi, fără nici un scop. Din orice poziţie se află în echilibru, întinde mîna pentru a apuca obiecte, inclusiv în afara sferei lui de acţiune. Priveşte obiectele pe care le are în mînă. Se joacă cu mîinile, picioarele şi întregul său corp, învăţînd să-l cunoască.

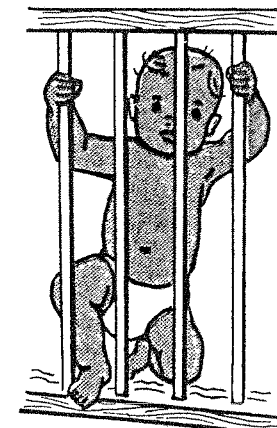


Fig. 125 — În luna a 9-a sugarul se poate ridica în picioare, apucîndu-se de gratiile patului.

517. **Limbajul.** Ca şi în luna precedentă pronunţă bisilabe şi imită sunete pe care le aude sau le pronunţă el singur. Începe să vorbească şoptit, îşi modulează vocea.

518. **Contactul social şi comportamentul emoţional.** Sugarul zîmbeşte şi priveşte prietenos, dacă nu-i este frică. Înţelege întrebări simple „unde este mama?" şi priveşte în direcţia respectivă. Străinii sînt priviţi cu rezervă. Orice intervenţie în dorinţele lui declanşează proteste. Nu-i place să fie atins de unele persoane străine. Îşi exprimă dorinţele clar şi categoric. Reacţionează la interdicţii („nu!") şi aprobări („da!"). Şi-a stabilit tactica proprie şi a învăţat să descopere punctele slabe ale adulţilor.

Supraveghere şi îngrijiri

519. **Somnul** devine tot mai bine organizat. Normal, somnul nocturn durează 10–12 ore fără întrerupere. Sugarul nu se mai trezeşte mai devreme decît restul familiei. Adoarme relativ repede, dar uneori se dezveleşte imediat după ce a adormit. Va fi îmbrăcat cu o pijama cu botoşei. La această vîrstă se mişcă mult în pat, astfel încît se poate încurca în pături şi cearşafuri. De aceea nu se i va pune decît un singur cearşaf pe dedesubt (cear-

șafurile husă sînt cele mai practice pentru că rămîn întinse tot timpul) și va fi acoperit cu o singură pătură.

La trezirea din somn, sugarul este vesel și activ. Cînd sugarul se trezește, mama îl ia în brațe, îi vorbește, îi arată cît este de mulțumită că l-a regăsit, apoi îl schimbă și-i dă să mănînce. Aceste „reîntîlniri" matinale vesele, la trezirea sugarului mare și copilului mic reprezintă un mod sigur de a evita dificultățile de a adormi, care pot surveni mai tîrziu; dacă este asigurat că la trezire își vede mama, nu-i va mai fi teamă. În timpul zilei, perioadele de somn devin mai scurte. Unii copii mai dorm de 3 ori în cursul zilei, alții o singură dată, dar mai prelungit.

519 bis. Probleme de profilaxie: a) la 9 luni vitamina D se poate administra pe gură (200 000. u.i.). Există fiole speciale, adecvate pentru administrare orală; b) Între 9 luni și 15 luni se administrează vaccinul antirujeolic. Uneori între a 6-a și a 9-a zi copilul poate prezenta reacție vaccinală: febră, agitație, „guturai", chiar o erupție asemănătoare celei din rujeolă. Se va combate febra și agitația. Reacția dispare în 1—5 zile.

De la 9 la 10 luni

De la această vîrstă sugarul cu un sistem nervos normal și cu o îngrijire corespunzătoare se manifestă zilnic cu ceva nou. Încearcă să pășească sprijinindu-se de ceva. Va mai trece însă un timp pînă va merge singur (către vîrsta de un an). Dezvoltarea firească nu trebuie forțată. Dacă i se asigură îngrijirea cea mai bună a corpului, dacă este alimentat corect, dacă i se asigură viața în aer liber și jucării corespunzătoare, dar mai ales dragoste, atenție și calm din partea părinților, un sugar născut normal și fără îmbolnăviri grave va fi normal dezvoltat. Nu-l comparați cu alți sugari, nu-l socotiți anormal dacă el nu a realizat toate „posibilitățile" vîrstei, nu deveniți anxioși la insuccesele lui, nu-l supraîngrijiți. Cei care au băieți nu vor uita că fetele sînt mai precoce.

La un copil interesează sănătatea și mulțumirea lui, dezvoltarea aptitudinilor în mod spontan, mai mult decît momentul cînd a învățat să meargă sau să ceară olița.

Alimentația

520. Spre sfîrșitul primului an de viață, multor sugari nu le mai place laptele. Nu se va insista și mai ales nu va fi forțat să-l bea. Se va încerca, dacă preferă, laptele cu cafea de orz. S-ar putea să fie numai o repulsie trecătoare, care dispare de la sine după cîtva timp. De asemenea, există copii care refuză să primească și în această lună, alimentația din ceașcă sau pahar. După cîteva încercări nereușite, se renunță și se reia tentativa după 1—2 săptămîni. În prima perioadă copilul va „pierde pe drum", vărsînd o mare parte din alimentul pus în pahar. Pare să fie o parte din procesul de învățare. Se poate evita vărsarea unei cantități prea mari de lapte, turnînd în pahar o cantitate mică.

La recalcitranți se va folosi în continuare biberonul, chiar pentru alimente pasate, avînd grijă ca tetina să aibă un orificiu larg.

521. Motricitatea globală: a) Culcat pe spate sau pe burtă, sugarul se întoarce pe o parte sau pe alta, se poate ridica în șezut și uneori o „pornește" în patru labe.

b) **Statul în șezut.** Cu timpul a ajuns ca în această poziție să stea liber, cu echilibru bun; se sprijină în față, lateral și în spate cu ușurință. Se deplasează șezînd înainte și în jurul axului corpului.

c) **Ridicarea în picioare.** Cei mai mulți se ridică ținîndu-se de obiecte; puțini reușesc să se ridice și singuri (uneori). După ce sugarul s-a ridicat și se sprijină, stă destul de stabil și se deplasează lateral de-a lungul unor mobile (fig. 126) sau ținîndu-se de marginea patului său (vezi și punctele 530, 546 și 586).

522. Motricitatea fină. Importanța dobîndirii deprinderii de a opune policele degetului arătător. Această capacitate este una dintre marile

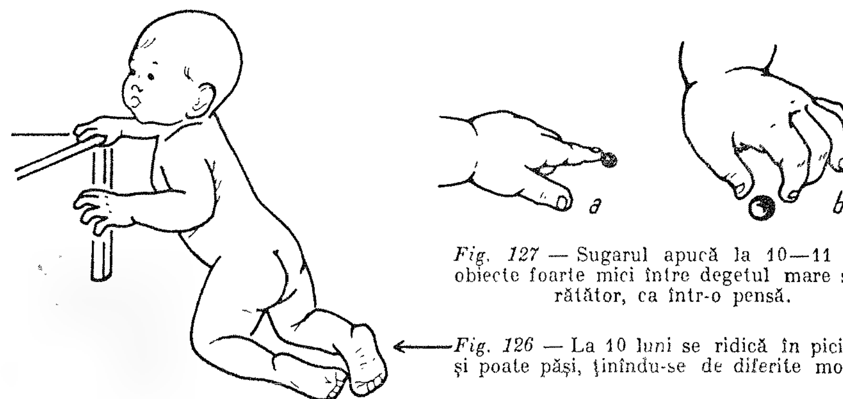


Fig. 127 — Sugarul apucă la 10—11 luni obiecte foarte mici între degetul mare și arătător, ca într-o pensă.

Fig. 126 — La 10 luni se ridică în picioare și poate păși, ținîndu-se de diferite mobile.

cuceriri ale omului care permite folosirea mîinilor la manevrarea uneltelor, ca și la scris.

Dobîndirea acestei capacități are loc între a IX-a și a XI-a lună. De la 6 luni (cînd mișcările mînuțelor erau atît de neajutorate cînd voia să apuce un obiect mic) pînă la 10 luni (cînd, cu o mișcare grațioasă reușește să ridice între degetul mare și arătător o fărîmiță de pîine) a intervenit un progres uriaș în coordonarea nervoasă (fig. 127).

523. Alte progrese ale dezvoltării motorii. În general, copilul va practica și își va desăvîrși achizițiile din luna precedentă. Nu se înregistrează progrese remarcabile. În ceea ce privește mersul sprijinit, nu există o regulă generală: unii reușesc destul de bine, în timp ce alții (mai puțini, este adevărat) nici nu încearcă!

524. Limbajul. Unii copii continuă să-și lărgească „vocabularul" cu alte cuvinte bisilabice, alții nu se grăbesc deloc să vorbească.

Supraveghere și îngrijiri

525. Picioarele în „O". Majoritatea sugarilor au la această vîrstă o astfel de deformare a membrelor inferioare, pînă cînd musculatura se dezvoltă mai bine. Dacă această curbură este mai accentuată, se va aviza medicul pediatru, care stabilește dacă nu este vorba de o manifestare de rahitism.

526. Somnul. Începînd cu această vîrstă, cei mai mulți sugari încep să îndrăgească, mai devreme sau mai tîrziu, o anumită jucărie sau o bucată

de țesătură colorată, pe care țin s-o ia cu ei în pat și să adoarmă cu ea. Cîrpa și jucăria par să reprezinte o deosebită sursă de satisfacție, de calm și de securitate, judecînd după reacția nefericită a copiilor cînd li se ia obiectul adorat (fig. 128). Unele mame sînt neliniștite cînd copilul lor acordă atîta importanță unui obiect neînsemnat. Obiceiul se întîlnește atît de des la copii sănătoși, echilibrați, calmi, încît poate fi apreciat ca ceva perfect normal.

527. **„Jocul" cu organele genitale.** Copilul atinge organele genitale și se joacă uneori cu ele („le manipulează"), așa cum își pipăie, de exemplu, degetele și urechile. Sînt părți ale corpului său și vrea să le cunoască. Copilul are față de corpul său aceeași curiozitate pe care o manifestă față de jucării și de întregul mediu înconjurător.

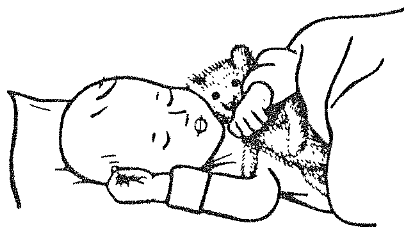


Fig. 128 — Sugarul doarme cu jucăria preferată.

Băieții, în special, au o preferință deosebită pentru organele genitale. Acest joc nu are nici o importanță și nu duce în nici un caz la masturbare. Cu cît părinții îi acordă o importanță mai mică, cu atît va fi mai bine. Copilul nu trebuie certat, căci i s-ar stimula și mai mult interesul pentru aceste manevre. Dificultățile apar numai atunci cînd, prin comportamentul părinților, copilul capătă impresia că face un lucru interzis.

528. **Formarea deprinderii de a fi curat.** *Olița.* Momentul potrivit pentru obișnuirea copilului la oliță este foarte controversat. Mamele încearcă foarte devreme să-l deprindă pe sugar să facă la oliță (de foarte multe ori din luna a VI-a). Este necesar să fie cunoscute funcțiile corpului copilului. Or, controlul sfincterului anal se instalează după 1 1/2 ani, iar cel al vezicii urinare și mai tîrziu (vezi punctul 592 c și 612, 613).

Pe de altă parte este greu pentru mame și chiar pentru noi, pediatrii, să nu încercăm să obișnuim pe copil să-și stăpînească mușchii ce intervin în acest act fiziologic.

Așa cum s-a amintit mai sus, sugarul are scaunele la aproximativ aceleași ore. După ce mama sesizează care sînt aceste ore, va pune sugarul pe oliță și va pronunța în același timp cîteva sunete, mereu aceleași. Concomitent, va deschide un robinet de apă. Senzația de rece și de apăsare a marginii oliței, poziția de stat „pe vine", sunetele din jurul lui, contribuie adesea să-l obișnuiască pe copil să „facă pe oliță" (fig. 129).

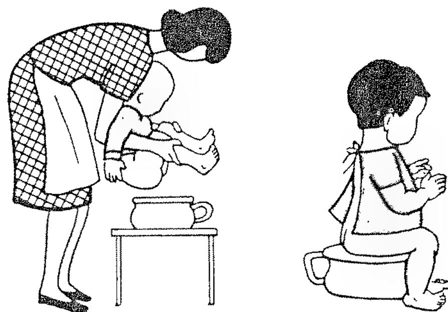


Fig. 129 — La 10 luni se poate începe deprinderea sugarului de a face la oliță.

Se va procura o oliță din material plastic și un dispozitiv suplimentar („scăunel") cu ajutorul căruia se fixează olița. Nu este bine ca sugarul să fie lăsat mult timp (peste 10 minute) pe oliță, deoarece se poate ajunge la prolaps rectal (ieșirea în afară a mucoasei din porțiunea terminală a intestinului gros), mai ales la copiii cu diarei repetate și/sau prelungite. Este greșit să se devieze

atenția sugarului de la ocupația principală, prin jucării sau dîndu-i să mănînce. Este important ca sugarul să nu fie certat dacă strădaniile mamei sînt fără rezultat, deoarece el nu este încă responsabil de actele sale. În schimb, nu se va pierde prilejul de a-l lăuda, atunci cînd are succes. Se va repeta încercarea în fiecare zi la aceeași oră, mama dînd dovadă de răbdare și calm. În caz de insucces timp de 2—3 săptămîni, se întrerup aceste strădanii și se reiau după vîrsta de 10—11 luni. Insistența încăpățînată și certarea copilului pot duce la reacții de negativism și tulburări de comportament mai grave. *Normal, copilul devine curat abia în al III-lea an de viață.*

De la 10 la 11 luni

Alimentația

529. **Cantitatea de lapte** poate fi redusă la 400—500 ml, cu un conținut de grăsimi de circa 3,5% (integral). O alimentație predominant lactată în trimestrul al IV-lea al primului an de viață duce la anemie marcată și la receptivitate crescută la infecții. În plus, trecerea la o alimentație corespunzătoare după întîiul an de viață se face cu mare dificultate. O alimentație mai consistentă permite, la această vîrstă, adaptarea conținutului și orarului meselor copilului la programul familiei. În anotimpul cald și în caz de febră se crește aportul de lichide (nu lapte!) cu ceaiuri slabe (anason, chimen, mentă, mușețel) sau fructe.

De la 10 la 12 luni se oferă alimente consistente. Se încearcă să se înlocuiască treptat biberonul cu ceașca sau cu lingurița.

Dimineața: lapte cu fulgi de cereale, lapte, pîine sau corn înmuiat; pîine cu unt. *La ora 10:* sucuri fructe, morcovi sau nimic (dacă sugarul se trezește tîrziu, dacă primește mai greu alimentele de la prînz). *La ora 12—13* (nu peste 14!): la felul întîi se poate da supă de legume sau de carne cu găluște sau zdrențe, borș de legume sau cu perișoare. Pentru felul doi se renunță progresiv la pireul foarte fin pasat pentru a-i da legume zdrobite cu furculița. Se aleg, alături de cartofi, legume variate: morcovi, dovlecei, spanac, salată fiartă, fasole verde, mazăre verde, conopidă. În sezonul rece se pot da din cînd în cînd paste făinoase sau orez bine fiert (pilaf). La zarzavat se adaugă unt, de 2 ori pe săptămînă cîte un gălbenuș de ou, iar de 3—5 ori pe săptămînă carne (ficat) în cantitate de 60—70 g sau pește de apă dulce. Se poate încheia cu un desert (fructe, compot). *După amiaza:* fulgi de cereale cu fructe sau biscuiți sau alte prăjituri de casă; la sfîrșit, se poate da lapte. *Seara* (în jur de ora 20): budinci, papanași sau lapte cu făinos (zeamil, griș, orez) sau pîine cu unt + brînză de vaci sau șuncă slabă + o cană cu lapte (sau ceaiuri slabe cu zahăr), mămăligă cu unt și brînză de vaci.

Pe măsură ce copilul va deveni mai îndemînatic el va dori să mănînce singur. Tendința lui va fi să apuce direct cu degetele sale. Lăsați-l s-o facă. Este important de a-l lăsa să aibă un rol activ în alimentarea sa.

Copilul nu va apuca el însuși hrana care va deveni a sa, dar el va alege ceea ce-i place. Spre 14 sau 15 luni, îi veți oferi o lingură cu coadă scurtă și-l veți lăsa să scufunde lingura sa în castronaș, în timp ce-l veți ajuta să mănînce. Acum, sau în luna următoare, se poate începe să i se dea sugarului, din cînd în cînd, din mîncarea care se pregătește pentru restul familiei. La această vîrstă, copiilor le plac mîncărurile pe care le pot duce singuri la gură:

legume fierte, cum ar fi morcovii, cartofii, fasolea păstăi. Se pot da și fructe crude: mere, zmeură, piersici decojite, afine, tomate etc., pasate, strivite sau tocate fin. Supele și pireurile se pot prepara cu multe zarzavaturi, inclusiv țelină, conopidă, dovlecei, sparanghel, dar nu prea sărate și fără condimente.

Dezvoltarea neuropsihomotorie

530. Stă în picioare. Un alt progres remarcabil este că sugarul stă în picioare. El reușește să se agațe de grilajul patului sau țarcului, încearcă să se ridice, și după multe eforturi și căderi, triumfează: stă drept în picioare. Statul în picioare („stațiunea bipedă") este proprie omului. Este progresul cel mai important în dezvoltarea motorie a sugarului. Acest triumf îl simte și sugarul; fața lui este veselă, se uită cu mîndrie în jur, se simte cumva la fel cu tatăl, cu mama, cu frații săi mai mari. Nici n-a reușit bine să stea în picioare și de bucurie chiuie, încearcă să țopăie, ridică brațele. Bucuria și mișcările cu mîinile sînt peste măsura forțelor sale. El poate cădea; lovirea îi frînează și amînă încercările. *Nu-l lăsați să stea prea mult în picioare;* dacă se clatină, sprijiniți-l; mîngîiați-l dacă nu a reușit; luați-l în brațe; jucați-vă puțin cu el, nu-l lăsați tot timpul în pat, ci puneți-l într-un scaun înalt. Gambele lui sînt încă slabe pentru a putea susține multă vreme greutatea corpului. Ținut la început de axile, iar după 2—3 săptămîni numai de vîrful mîinilor, sugarul poate păși (fig. 130). Curînd învață să se deplaseze sprijinindu-se de-a

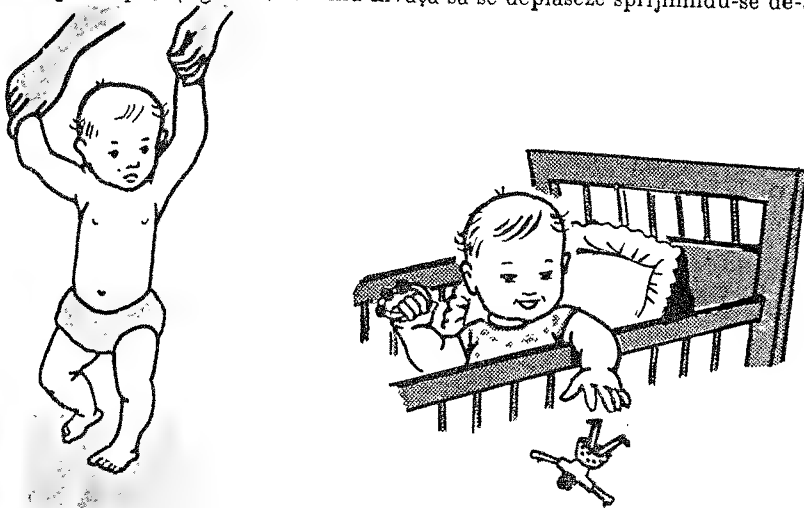


Fig. 130 — Susținut de mîini, sugarul poate păși.

Fig. 131

lungul patului, țarcului, apoi se ține de un fotoliu și reușește să meargă de la o mobilă la alta. Toate aceste încercări sînt însoțite de multe căderi. Cînd cade de la o înălțime mică, nu se întîmplă nimic; dacă însă căderea s-a făcut de la o înălțime mare sau dacă a căzut pe un plan tare cu un segment al corpului mai sensibil (capul, răsucirea mîinii etc.), sugarul țipă, nu se mai „oprește din plîns" și amînă încercările cu cîteva săptămîni sau chiar luni.

Statul în picioare și deplasarea dau copilului prima trăire a spațiului (vezi și punctele 507, 521, 546).

531. Apucarea. S-a amintit cît de mult timp îi trebuie sugarului pentru a reuși să apuce obiectele. De abia acum el ajunge să prindă obiectele cu degetul mare (policele) și arătătorul (indexul). Datorită acestui progres, el apucă obiectele ușoare cu precizie și finețe (vezi fig. 120 și 127) și-i face plăcere să le arunce. Aceasta îi dă și o senzație de putere. Așezat într-un scaun înalt, el apucă un cub și-i dă drumul. Apucă succesiv toate obiectele din jurul său, și se distrează privindu-le cum cad. Așteaptă laudele și aplauzele mamei pentru noua lui reușită; se necăjește dacă nu i se dau înapoi obiectele căzute. Cînd i se redau, le pipăie, le duce la gură, le privește și apoi le aruncă din nou (fig. 131). Între mamă și copil, această mică manevră este un joc; adesea cei din jur se irită, își pierd răbdarea, îl apostrofează, îi îndepărtează jucăriile și-l părăsesc. Este o greșeală.

532. Memoria continuă să se dezvolte. Copilul recunoaște persoanele din anturajul imediat și își caută obiectele pierdute.

533. Inteligența practică se manifestă prin aceea că poate deschide o cutie; poate executa unele ordine simple; deschide gura sau întinde mînuța la comandă.

534. Se conturează personalitatea. Copilul devine din ce în ce mai mult o mică personalitate. Preferințele și repulsiile se conturează din ce în ce mai bine, exprimîndu-se prin manifestări din ce în ce mai pregnante. Este dibaci în anumite acțiuni și rămîne stîngaci în unele gesturi, care par simple, dar care lui nu-i reușesc. Părinții sînt datori să urmărească toate componentele fizice, spirituale și emoționale, care conturează o personalitate. Trăsăturile de comportament care nu sînt pe placul părinților nu se vor combate prea repede; se încearcă mai întîi să se înlăture ceea ce a apărut în mod nedorit. Dacă un copil este vioi, nu se va încerca să se facă din el un copil liniștit, obligîndu-l să stea cuminte; se reușește — mult mai sigur — dîndu-i-se o jucărie sau creîndu-i o altă preocupare.

535. Contactul social. Începe să înțeleagă dacă este lăudat sau certat; inventează trucuri. Reacționează conform firii lui la mici „ordine" date de adulți. Străinii sînt priviți (selectiv) cu rezervă. Rîde tare sau zîmbește. Își exprimă plăcerea sau disconfortul, dar atenția poate fi abătută. Începe să se joace *cu* alții, nu numai *alături* de ei.

536. Simte nevoia de societate. La sfîrșitul primului an de viață, copilul își manifestă evident nevoia de companie. Vrea să se joace în încăperea în care se află ceilalți membri ai familiei și așteaptă să i se vorbească, iar dacă este lăsat singur reacționează — deseori — prin plîns.

537. Limbajul. Spune bisilabe în lanțuri: „mama", „papa", „tata" *fără adresă.* Reacționează cînd este strigat pe nume și cînd i se solicită să dea un obiect. Imită zgomote auzite sau pe care le emite el singur. Modulează vocea tare, încet și șoptit. Se joacă cu limba, cu saliva pentru a produce zgomot.

Supraveghere și îngrijiri

538. Somnul. Ca și la adult, nevoia de somn prezintă mari variații individuale. Unii copii sînt foarte vioi, dorm mult, pentru a-și reface energia. Alții, mai liniștiți, au nevoie de mai puțin somn. În medie, spre vîrsta de un an, sugarul doarme 10—12 ore noaptea și circa 2 ore ziua.

Unii sugari mari şi copii mici refuză să mai doarmă după amiază. Dacă dorm în cursul nopţii 11—12 ore sau dacă dorm mai mult în cursul dimineţii, nu mai este nevoie să doarmă după amiază. Chiar dacă seara sînt foarte obosiţi şi mai iritabili, înseamnă că fac parte din categoria de copii care nu au nevoie decît de un singur somn.

539. **Încălţămintea.** Nici la această vîrstă, sugarul nu are nevoie de încălţăminte ca protecţie pentru picioare. Numai în cazurile cînd este dus în curte sau stă pe o podea rece şi cu asperităţi are nevoie de încălţăminte.

Se procură ghetuţe din piele moale şi cu talpă flexibilă, perfect netede pe dinăuntru şi fără cusături sau margini tari. La noi s-a încetăţenit convingerea că ghetele trebuie să „ţină", să „protejeze" articulaţia tibiotarsiană (glezna). În realitate nu încălţămintea întăreşte articulaţiile, ci exerciţiile de mers! Încălţămintea cu talpa tare accentuează tendinţa la picior plat, cu care, de fapt, sugarul se naşte şi care se menţine şi la copilul mic. Pentru cei mai mulţi copii, ghetele nu reprezintă un ajutor, dar nici nu le strică, cu condiţia ca pielea să fie foarte moale şi cu talpă flexibilă (vezi şi punctul 569).

540. **Cum se ridică sugarul mare în braţe.** Petreceţi mîinile în jurul toracelui sau pe sub axile (subsuoară) şi ridicaţi-l astfel încît greutatea corpului să fie purtată de ambele articulaţii ale umerilor; nu-l ridicaţi niciodată şi nu-l învîrtiţi de mîini, braţele lui trebuind să susţină în acest caz întreaga greutate a corpului.

541. Ce se face dacă sugarul se serveşte cu **predilecţie de mîna stîngă!** Chiar dacă părinţii au impresia că va deveni stîngaci, *nu-i vor interzice folosirea mîinii stîngi*, obligîndu-l să folosească mîna dreaptă.

Folosirea preferenţială a unei mîini este dictată de conformaţia şi dezvoltarea creierului şi reprezintă o particularitate biologică ce nu trebuie interpretată ca un defect şi nu se combate prin pedepsirea copilului. Este greşit şi dificil să fie obligat să se folosească de mîna dreaptă, cînd pentru el este mult mai natural să o folosească pe cea stîngă. Forţarea pentru folosirea mîinii drepte poate *determina o formă de nevroză la copilul mare.*

Majoritatea indivizilor stîngaci nu au dificultăţi serioase în viaţă şi în meserie.

De la 11 la 12 luni

Copilul împlineşte în curînd un an. După aceea nu se mai discută despre copil în luni, ci în ani.

Ajunsă la acest moment orice mamă priveşte înapoi asupra anului scurs. Copilul a făcut progrese uriaşe, a devenit o mică personalitate, ce poate face multe lucruri cu corpul său şi care are o voinţă proprie.

În acelaşi timp, mama a învăţat „meseria" de mamă. Satisfacţia cea mai mare a unei mame este de a fi conştientă de încrederea copilului în ea, şi de faptul că el o „cunoaşte". Orice mamă ia o mulţime de hotărîri, din instinct, fără a reflecta prea mult. Cînd este nesigură, copilul îi arată prin reacţiile lui dacă soluţia adoptată este cea mai nimerită. Încercările şi greşelile fac parte din viaţa părinţilor şi nici o carte sau nici un medic nu o pot scuti pe o mamă de emoţii sau de situaţii neprevăzute. Medicul şi cărţile sînt totuşi ajutoare obligatorii în creşterea şi educaţia copilului. *Nu se mai concepe, în viaţa modernă, o familie care să nu se iniţieze în problemele de sănătate care constituie bunul cel mai de preţ al omului!*

În pragul trecerii în al doilea an de viaţă al copilului, mama simte că nu mai este singură, că soţul său a intrat tot mai mult în rolul de tată. De acum ambii părinţi vor avea ca scop permanent îngrijirea sănătăţii şi creşterea copilului; cu acesta vor deveni şi ei copii, vor trăi din nou etapele copilăriei, vor încerca să facă din copil mai mult decît au fost ei şi vor visa ca acesta să nu repete greşelile lor.

Pentru aceasta este nevoie de devotament, de dăruire permanentă, de strădania de a fi aşa cum ar vrea să devină copilul lor, prin puterea exemplului lor. În vederea acestui deziderat, este nevoie de instruire permanentă. Azi, copiii nu mai pot fi crescuţi din instinct, în cadrul cîtorva norme moştenite prin tradiţie, ci prin documentare continuă asupra psihosociologiei copilului din societatea modernă, în continuă transformare.

Alimentaţia

542. La un an (şi nu mai înainte) se pot da o mare parte din mîncărurile ce se gătesc pentru fraţii mai mari. Atîta timp cît primeşte zilnic legume, fructe, carne şi lapte, se poate ţine seama de preferinţele copilului. Bineînţeles se va întocmi un meniu echilibrat. Majoritatea copiilor preferă o alimentaţie simplă, bine pregătită, necondimentată.

Alimente interzise. Nu se dau copilului: cafea naturală, ceai rusesc concentrat, mîncăruri condimentate, salam, slănină, peşte afumat, băuturi alcoolice, murături.

De asemenea nu sînt indicate leguminoasele uscate (lintea, fasolea, mazărea), varza.

Nucile verzi, alunele, pufarinele, bomboanele tari şi fulgii de cereale pot duce la sufocarea copilului, dacă ajung la trahee.

Excesul de sare. În mod fiziologic sugarul şi copilul mic nu necesită „sărarea" mîncării. Excesul de sare ar favoriza, printre altele, apariţia hipertensiunii la adult.

Sandvişurile la 11—12 luni. Sugarilor care au „învăţat" să mestece bine, li se poate da dimineaţa, la cafeaua cu lapte, o tartină cu unt sau cu o pastă moale de fructe (măceşe, mere). Este important să li se dea pîine proaspătă, albă, tăiată în felii subţiri. Spre sfîrşitul lunii a XII-a, se încearcă şi pîinea neagră. Pe pîine se poate da, pe lîngă unt, brînză de vacă sau partea slabă din şuncă presată. De acum înainte, copiii preferă variaţia în alimentaţie.

Se va evita *excesul de dulciuri.* Adaosul de zahăr nu mai este obligatoriu la laptele de vacă. Dulciurile şi prăjiturile se vor da numai după mese, nu între mese. La masa de seară este bine să nu se dea deloc dulciuri. Excesul de dulciuri (zahăr, miere, dulceaţă, bomboane, gemuri, prăjituri) au un rol incontestabil în apariţia cariilor dentare.

Dezvoltarea fizică şi neuropsihomotorie

543. **Greutatea** este acum de 9—10 kg (se triplează faţă de cea de la naştere); la cei cu greutatea mică la naştere, se triplează mai devreme.

544. **Înălţimea** este în medie de 75 cm, deci copilul a crescut cu 24 cm de la naştere. Sînt posibile variaţii mari (±2,5—4 cm).

545. **Dentiţia.** La un an copilul poate avea 6—8 dinţi, de obicei 4 sus şi 2—4 jos. Există foarte mulţi copii perfect normali la care primul dinte apare de-abia acum (sau chiar mai tîrziu!)

546. **Dezvoltarea motorie.** Această vîrstă este treapta intermediară dintre poziţia orizontală şi cea verticală, încă instabilă. Perfecţio-

narea se face treptat. Astfel dacă în primele luni poziţia sugarului obişnuită era cea de culcat pe spate sau pe burtă, la 12 luni această poziţie se adoptă numai în somn. Se întoarce spre ambele părţi şi ajunge să şadă atît prin tracţiune (se apucă de degetele adultului), cît şi singur.

a) **Poziţia „şezînd"** este liberă, cu un echilibru stabil (atît pe un plan orizontal cît şi în braţele mamei), se poate sprijini şi întoarce spre toate părţile.

b) **Ridicarea în picioare.** Am văzut că i-au trebuit 3—4 luni pînă cînd să se ridice şi să se aşeze singur. La 12 luni majoritatea copiilor se ridică numai cu sprijin şi doar o mică parte liber. Unii dintre ei reuşesc să facă singuri cîţiva paşi. Ţinîndu-se de mobilă „merg" relativ repede. Apoi trec în „patru labe" şi se deplasează cu viteză.

c) **Mersul în patru labe.** De la poziţia orizontală pînă la mersul nesprijinit sugarul a exersat luni şi luni de zile: mai întîi s-a „tîrît", apoi a mers „de-a buşilea" şi în sfîrşit, înainte de a ajunge la staţiunea bipedă, „a mers în patru labe", mers care este încă preferat de către unii şi la această vîrstă, datorită vitezei mai mari de deplasare. Din această poziţie poate sta în şezut sau se ridică în picioare. *Aşa cum am mai arătat unii sugari trec direct de la tîrîre la poziţia „în şezut" şi apoi în picioare.*

d) **Poziţia în picioare şi mersul.** În general, un copil de un an stă în picioare nesprijinit, dar încă fără echilibru şi fără posibilitatea de a se deplasa.

Mersul se învaţă foarte încet: mai întîi este nevoie ca sugarul să fie „copt" pentru a încerca spontan să se ridice şi să încerce să se deplaseze sprijinindu-se singur; numai după aceea adultul îl va ajuta (la început susţinîndu-l de subsuoare şi apoi de vîrful mîinilor) să păşească. Mersul de unul singur se realizează, la majoritatea copiilor, între 12 şi 14 luni. Dacă întîrzie prea mult (după 18 luni), se va consulta medicul.

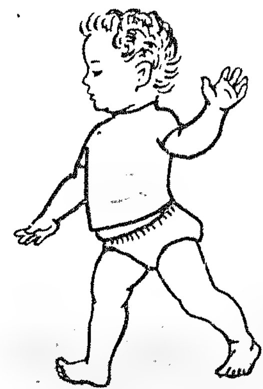


Fig. 132 — La un an mulţi copii fac primii paşi, nesusţinuţi.

La început, copilul merge legănat, cu baza de susţinere lărgită (fig. 132). Adesea, cade pe şezut după 3—4 paşi. Copiii sînt foarte perseverenţi în a învăţa să meargă, luînd-o mereu de la început. Cu timpul devin siguri pe ei.

Unii dintre copii, care încep să meargă devreme, după cîteva încercări încetează brusc să mai meargă şi timp de 1—2 luni nu mai încearcă deloc (s-au speriat de nesiguranţa lor şi de căderi). Ei devin mai prudenţi şi fac o nouă încercare abia după ce uită primul şoc. Nu vor fi forţaţi!

Dacă concomitent face progrese în vorbire, mersul achiziţionat poate să dispară temporar, ca şi cum şi-ar concentra toate eforturile pentru noua achiziţile. La fel, după o boală, îi trebuie un timp pentru a merge la fel de bine ca înaintea bolii.

e) **Ce poate face un copil la 12 luni.** Stă liber în şezut, stă singur în picioare şi face, susţinut, primii paşi. Este captivat de dorinţa de a învăţa să meargă. Dacă ştie să meargă, va umbla prin casă în majoritatea timpului. Dacă ajunge pînă la masă, ştie să-şi însuşească diverse obiecte. Poate da drumul în mod voit unor obiecte pe care le ţine în mînă (cu cîteva luni în urmă le scăpa din mînă cînd obosea prea tare sau cînd voia să apuce un alt obiect). Acum şi în lunile următoare pînă spre 18 luni, ocupaţia lui favorită va fi să arunce diferite jucării peste marginea patului sau ţarcului, sau le va arunca într-un recipient, pentru a le scoate apoi.

Începe să devină îngrijorător pentru cei din jur. Nu mai poate fi lăsat singur, deoarece este expus accidentelor atunci cînd apucă şi trage spre el tot ce atinge. Aceasta este însă modalitatea lui de a cunoaşte mediul înconjurător. Cei din jur îl învaţă mereu cîte ceva, deoarece el îi solicită. La această vîrstă învaţă mult şi repede. Pregătirile pentru mers şi pentru vorbire sînt încheiate. Începe să exerseze şi aplică ceea ce a achiziţionat în materie de vorbire. Ascultă cu atenţie şi sporovăieşte mult. Spre marea lui plăcere devine tot mai independent, contactele cu mediul devin mai diferenţiate, le alege.

547. Limbajul. Afară de „ta-ta", „pa-pa", „ma-ma" (singurele cuvinte *cu adresă*) majoritatea copiilor nu mai pot spune decît cîteva silabe sau cîteva cuvinte formate din 2 silabe. Vorbirea începe însă să devină mijloc de comunicare: dorinţele şi sentimentele proprii vor fi exprimate prin silabe simple.

Mulţi copii încep să vorbească mai tîrziu. Ei sesizează multe situaţii din mediul lor, ştiu să arate diferitele părţi ale corpului şi multe obiecte din cameră, diferenţiază după nume persoanele din jur, execută mici ordine, dar nu articulează nici un cuvînt. Au ceea ce se cheamă un „limbaj pasiv", dar nu au trecut încă la treapta de „limbaj activ". Am întîlnit foarte mulţi copii care înţelegeau foarte multe noţiuni, dar care nu au articulat nici un cuvînt pînă în jurul vîrstei de 3 ani. Toţi aceşti copii s-au dovedit ulterior foarte dotaţi.

Dacă nu există leziuni nervoase sau defecte ale simţului auzului, lipsa limbajului activ nu constituie un motiv de îngrijorare.

548. Contactul social. În această perioadă se intensifică diferenţierea psihică. Spre sfîrşitul primului an de viaţă, observăm manifestări de simpatie sau preferinţă, refuz sau protest faţă de persoane, jucării sau mîncare. Observăm de asemenea sentimente de mînie, invidie, gelozie. La ceea ce îi provoacă neplăcere, copilul reacţionează activ, cu protest sau furie, sau pasiv, cu teamă, reacţie de evadare.

În această perioadă copilul devine un „partener", începe să rostogolească mingea înapoi, înmînează cu plăcere obiecte şi aşteaptă să-i fie restituite, îi place jocul în colectiv.

Mama devine tot mai mult model pentru propria conduită. Copilul imită tot ce face mama, gesturile ei, pînă şi dispoziţia, starea de spirit. Din punct de vedere ştiinţific, nu s-a răspuns încă hotărît la întrebarea: în ce măsură copilul se adaptează la această vîrstă caracterului şi particularităţilor mamei. Copilul are posibilităţi de înregistrare mult mai sensibile decît îşi pot imagina adulţii.

Activitatea motorie, posibilitatea de a-şi controla gesturile mîinilor, de a apuca şi a lăsa, de a pipăi, posibilitatea de a vedea, de a mişca, de a se apropia de ceea ce-l tentează, de a se îndepărta de ceea ce nu-l interesează, toate îi permit să cunoască lumea din jur: spaţiul, obiectele neînsufleţite, conturul, consistenţa moale sau dură, ţesătura lucioasă sau aspră, formele, dimensiunile. Paralel cu acestea, copilul cunoaşte propriul corp. Psihologii insistă asupra a ceea ce ei numesc „**schema corporală**" în cunoaşterea de sine. Această cunoaştere derivă din sinteza inconştientă a unor senzaţii: mîngîierile, contactul cu mîinile care-i fac baie, senzaţiile de cald şi de rece, mişcările şi poziţia membrelor.

Cei din jur sînt datori să arate şi să pronunţe în faţa copilului termenii ce denumesc diferite părţi ale corpului: nasul, gura, ochii etc. (atît la adulţi, cît şi la copil). Mama este prima şi cea mai bună oglindă. Din cînd în cînd copilul va fi dus în faţa oglinzii. Îl bucură mult, dar nu se va recunoaşte, se pare, decît după vîrsta de 14—15 luni.

Supraveghere şi îngrijiri

549. Se conturează din ce în ce mai mult *personalitatea şi caracterul copilului*. În funcţie de acest caracter se vor adapta şi atitudinile adulţilor. Timidul are nevoie de o protecţie mai mare, de mîngîieri, de vorbe dulci, de blîndeţe. În schimb, nu se vor executa ordinele celui pretenţios. Cei care încep să „speculeze" dragostea mamei prin crize de plîns trebuie să simtă că cei din jur nu se supun manifestărilor lor de mînie. Au şi ei drept la mîngîiere, dar în limite rezonabile şi pe bază de reciprocitate.

Vom repeta că tatăl trebuie să fie prezent zilnic în viaţa copilului ca să-l simtă alături de el şi că participă la toate activităţile lui. Oricît ar fi de ocupat, trebuie să-şi găsească timp pentru familie şi cu atît mai mult pentru copil. Prezenţa tatălui este necesară la plimbarea de seară şi absolut obligatorie în zilele de sărbătoare şi de vacanţă.

550. Consultul medical este obligatoriu. Chiar dacă sugarul este sănătos, la sfîrşitul anului are nevoie de un consult medical amănunţit, care să facă bilanţul dezvoltării fizice şi psihice din perioada de sugar şi să fixeze jaloanele pentru etapa următoare.

La un an se administrează 200 000 u.i. vitamina D pe gură în cazul în care nu s-a făcut profilaxia rahitismului prin administrare zilnică.

Gimnastica sugarului

551. Orice copil are nevoie, în afară de o alimentaţie corectă şi de îngrijiri corespunzătoare, de multă mişcare. Sugarul sănătos face „gimnastică" din proprie iniţiativă: dă din picioare şi din mîini etc., cu condiţia ca mişcările să nu-i fie îngrădite de o îmbrăcăminte incomodă (prea strîmtă, prea largă, prea multe obiecte etc.). Cu cît sugarul se mişcă mai de timpuriu şi mai mult, cu atît se dezvoltă mai bine.

Mama poate executa cu sugarul diferite exerciţii de gimnastică, încurajînd nevoia lui firească de mişcare. Va avea grijă să solicite în mod uniform toate grupele musculare, alternînd diferitele tipuri de exerciţii.

Gimnastica sugarului se va începe numai după ce acesta a împlinit 3 luni. Se va practica numai cu copii născuţi la termen. Pentru prematuri se va cere sfatul medicului.

Se înţelege că la sugarul bolnav, febril, gimnastica este contraindicată.

Momentul cel mai potrivit pentru gimnastică este înainte de baia zilnică de curăţenie sau înaintea uneia dintre mese. Camera trebuie să fie bine încălzită. În anotimpul rece se poate pune în apropierea sugarului un radiator electric. În zilele călduroase de vară, gimnastica se poate face afară sau în faţa unei ferestre larg deschise.

Exerciţiile se execută cel mai bine pe un plan dur (masa de înfăşat; o masă oarecare, acoperită cu o pătură care să nu alunece, deasupra căreia se întinde un scutec sau un cearşaf curat). Copilul nu va fi lăsat nici un moment nesupravegheat.

Mişcările vor fi executate cu blîndeţe, crescînd treptat în intensitate şi amploare. Nu se va încerca să se învingă cu bruscheţe opoziţia sugarului. Articulaţiile, aparatul ligamentar şi musculatura copilului sînt încă fragile.

În principiu, gimnastica urmăreşte să favorizeze trecerea de la motricitatea necoordonată, descrisă în primele luni de viaţă, la motricitatea voluntară corespunzătoare maturării treptate a sistemului nervos.

Se va avea grijă să nu se exagereze din dorinţa de a face bine copilului. Se recomandă ca înainte de începerea „şedinţelor" de gimnastică, să fie cerut sfatul unui medic sau unui cadru calificat în acest sens. *Nu toţi sugarii beneficiază de gimnastică.*

Exerciţiile descrise şi ilustrate în acest capitol sînt exclusiv mijloace de prevenire a unor deficienţe de creştere şi posturale (de poziţie).

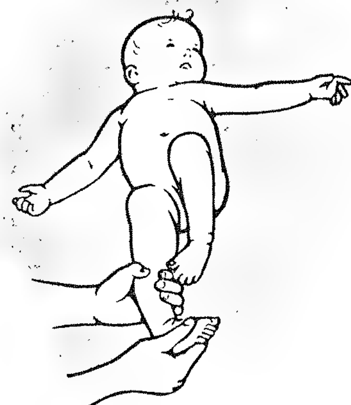


Fig. 133 — Mişcarea de rotaţie. Mama cuprinde cu mîna stîngă gamba sugarului, cu cealaltă apucă piciorul şi execută mişcări de rotaţie în ambele sensuri (8—10 mişcări pentru fiecare picior).

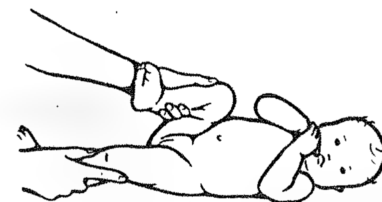


Fig. 134 — Se execută flexia şi extensia succesivă a membrelor inferioare, într-un ritm lent. Se poate vorbi sau cînta cu copilul, pentru a sublinia ritmul mişcării şi a spori plăcerea de a participa la exerciţiu.



Fig. 135 — Aceeaşi mişcare (flexie-extensie) se execută concomitent cu ambele picioare, exercitînd şi o uşoară presiune asupra abdomenului.

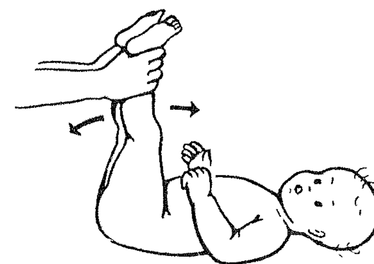
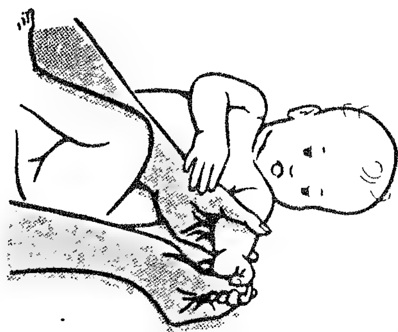


Fig. 136 — Flexia şi extensia din articulaţia şoldului.



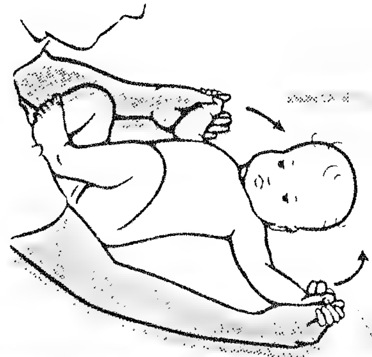


Fig. 137 — Mişcarea de rotaţie a mîinii se face la fel ca cea a piciorului.

Fig. 138 — Mama apucă mîinile sugarului punînd degetul mare în palma acestuia. Duce braţele lateral lîngă cap, apoi în sus, în poziţie verticală faţă de planul mesei şi le aduce de-alungul corpului. Repetă mişcările de 6—8 ori (începînd din luna a IV-a).



Fig. 139 — Braţele sugarului se întind lateral pe linia umerilor. Apoi se aduc în faţă, încrucişîndu-se deasupra pieptului copilului.

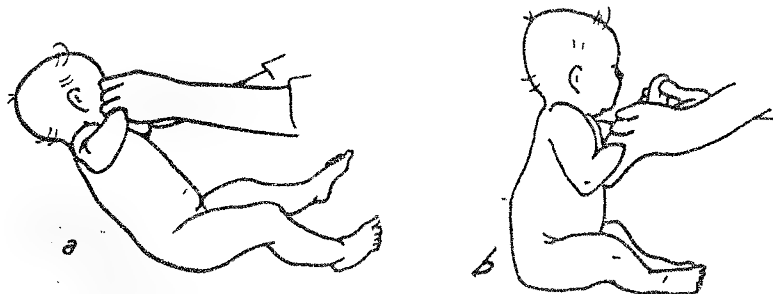


Fig. 140 — Tracţiune din poziţie culcat pe spate, pînă în poziţie şezînd. Este menţinut 1—2 secunde în această poziţie, apoi culcat încet la loc, avînd grijă să nu se lovească la cap.

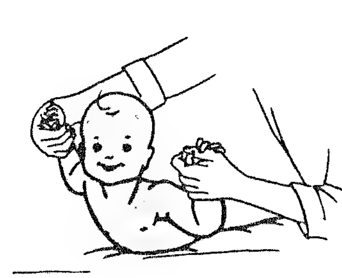
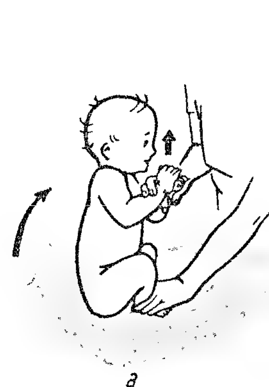




Fig. 141 — Pentru întărirea muşchilor spatelui (după 5 luni) se cuprind articulaţiile pumnului sugarului care este culcat pe abdomen. Braţele se depărtează lateral, apoi se ridică trunchiul sugarului la 20—25 cm deasupra planului mesei; se menţine cîteva momente în această poziţie, apoi se readuce uşor în poziţia iniţială.

Fig. 142 — Exerciţiul „roaba" pentru sugarul trecut de 9 luni care a început să umble în patru labe.



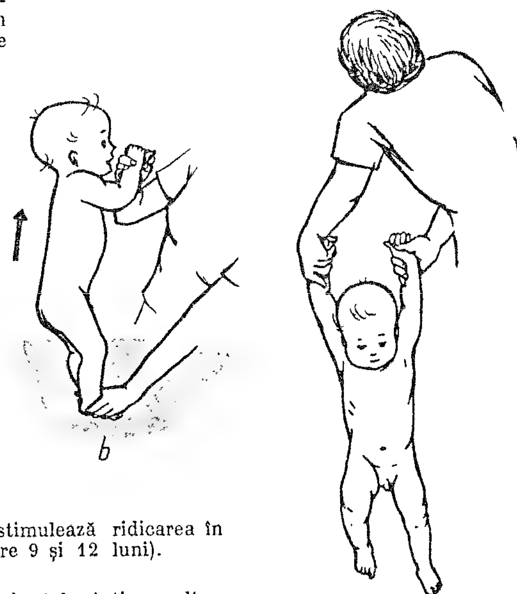


Fig. 143 — Exerciţiu vesel care stimulează ridicarea în picioare (pentru sugarul între 9 şi 12 luni).

Fig. 144 — Mersul în picioare cu braţele întinse, alternînd mersul pe vîrfuri cu mersul pe toată talpa.

Pentru copiii care prezintă unele defecte de motricitate (hipotonii sau spasticităţi înnăscute sau apărute în urma unor boli), gimnastica va fi îndrumată sau chiar efectuată de cadre de specialitate.

Exerciţiile de gimnastică pe care le recomandăm pentru sugarul sănătos vor fi efectuate de mamă sau de persoana care îngrijeşte sugarul, în aceeaşi secvenţă. Se va începe cu cele mai simple. Se va vorbi tot timpul cu sugarul încurajîndu-l, chiar dacă la început opune oarecare rezistenţă şi plînge. După cîteva şedinţe, copilul va participa „activ".

Un exercițiu nu va dura mai mult de 1—3 minute după care se poate face'o mică pauză, în timpul căreia copilul va fi învelit cu un scutec moale, pentru a nu răci. Durata unei ședințe este la început de 3 minute, apoi poate crește treptat pînă la 15 minute. Această durată nu va fi depășită, deoarece sugarul se mișcă și singur. Se va observa că prin stimularea plăcerii de mișcare, prin exercițiile sistematic efectuate, motricitatea spontană a copilului se va accelera.

Jocul și jucăriile

552. Jocul nu este o pierdere de vreme, ci are semnificația unei preocupări serioase, fiind tot atît de important pentru copil, ca și munca pentru adult. Pentru copil, jocul înseamnă un prilej de a-și mări îndemînarea, de a-și cultiva imaginația și puterea de concentrare. Astfel, jocul contribuie la dezvoltarea globală a copilului. Părinții sînt datori să asigure sugarului timp și liniște pentru joc precum și *jucării* adecvate.

Perioada 2—4 luni. Încă din luna a II-a, cînd sugarii se trezesc din somn sau după ce mănîncă, mai ales în orele de după amiază, ei încep să dea dovadă de atenție și de dorință de companie. Între luna a II-a și a IV-a, le place să observe obiecte care se mișcă și obiecte de culoare vie. Cînd sînt afară, se uită la frunzele și umbrele copacilor; în casă, își privesc mîna sau desenele de pe pereți. Se vor suspenda obiecte colorate de marginea de sus a laturilor patului, dar nu deasupra nasului, ci în dreptul mîinilor sugarului. Mama însăși poate înșira pe o sfoară diferite cartonașe colorate. De mult succes se bucură unele obiecte de bucătărie, din material plastic, colorate (cești, solnițe, linguriţe), atîrnate pe o sfoară de marginile patului.

Perioada 4—9 luni. Capacitatea de a se juca se lărgește de îndată ce sugarul învață să apuce. De acum încolo el caută forme de joacă noi, care să-i ofere satisfacții sporite. Apucă obiecte, le pipăie, le strînge în mîini, le aruncă și încearcă să le apuce din nou. Obiectele sînt mișcate încoace și încolo, sugarul se ocupă tot mai mult de ele. La această vîrstă, trei lucruri îl interesează în mod preponderent: o jucărie sunătoare, cuburi, bețe.

În legătură cu sensul jocului, au apărut numeroase teorii. La vîrsta de 8—9 luni ne putem da seama cel mai ușor că nu numai excesul de energie sau plăcerea de a acționa sînt forțele motrice ale jocului. Perseverența, seriozitatea și participarea afectivă a sugarului ne fac să presupunem că este vorba de trăiri de o importanță fundamentală. Nu se știe sigur ce se petrece în mica făptură, dar bănuim ceva din ceea ce îl satisface și pe omul matur, sănătos, anume că activitatea și faptul că e familiarizat cu ceea ce face îi oferă plăcere, bucurie, că mai importantă este trăirea decît exersarea, latura formativă a jocului.

Perioada 9—12 luni. Jocurile de „apucare" ale sugarului de 9—10 luni arată îndemînarea sa crescîndă. Șezînd, sugarul poate întinde în jurul lui o mulțime de obiecte, jucîndu-se pe rînd cu ele. La un an, el poate urmări ce se întîmplă cu jucăriile. Trage spre el un animal pe rotițe și-l lasă să plece iar, se bucură de „hopa Mitică" și de zgomotul pe care-l face. „Prelucrează" o cutie metalică cu o lingură de lemn. Cu multă pasiune introduce obiecte mai mici în altele mai mari. Se recomandă așa-numitele „piramide din cuburi". Cu multă plăcere, joacă cu un adult jocul „cucu-bau".

553. Jucării adecvate sugarului. Jucăriile vor trebui să fie totodeauna curate și vor fi astfel selecționate (forma, mărimea și materialul) încît copilul să nu se poată răni.

Pentru protejarea dezvoltării psihice, se vor da ***jucării simple și nu mai mult de 1—2 bucăți deodată.*** Suprainzestrarea cu jucării este la fel de dăunătoare ca supraalimentația.

Nu se vor lăsa la îndemîna sugarului obiecte acoperite cu vopsea care conține plumb; jucării de celuloid care se pot sparge în bucăți mici, tăioase cînd sugarul le bagă în gură; bile de sticlă, rulmenți de metal, nasturi, „jucării" pe care copilul le poate inhala, riscînd să se sufoce (fig. 149): obiecte tăioase sau ascuțite (ace, furculițe, cuie, cuțite); păpuși sau obiecte de îmbrăcăminte din lînă de angora; jucării ale fraților mai mari (pericol de infecție); flacoane sau sticle cu medicamente, oricît de ermetic ar părea închise; orice jucării care nu se pot spăla.

Dintre *jucăriile potrivite* se pot cita:

a) 2—4 luni: obiecte colorate, suspendate, bucăți de țesătură cerată; jucării sunătoare (inele, bile); păpuși de cauciuc sau de material plastic; animale care „cîntă".

b) 4—7 luni: obiecte de apucat, sunătoare, clopoței; minge sau rățușcă din plastic, pentru baie; bucăți de hîrtie foșnitoare; cutii bine închise (fig. 145).

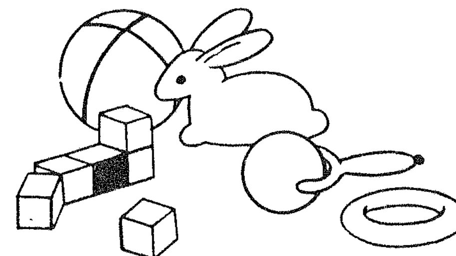


Fig. 145 — Jucării adecvate pentru sugar și copilul trecut de un an.

c) 7—10 luni. Sugarul este, în continuare, foarte preocupat să învețe tot ce poate face cu mîinile. De aceea, jucăriile care l-au captivat la vîrsta de 7 luni îl vor interesa încă: animale sau păpuși din cauciuc, animale sau păpuși sunătoare, linguri din plastic de diferite culori, cuburi, mosorele, clopoței, mingi colorate, pahare sau cești din material plastic, farfurii colorate din lemn, animale din cauciuc (pentru baie).

Acum îi place să-și combine diferite jucării, de exemplu: să suprapună cuburi, să introducă pahare unul într-altul; uneori îi place foarte mult o cutie goală, în care-și poate băga și scoate pe rînd toate jucăriile.

Țarcul constituie cadrul cel mai comod și mai sigur pentru un sugar de 7—12 luni, a cărui mamă se ocupă de gospodărie și de alți copii (vezi punctul 561).

d) 11—12 luni și începutul anului al II-lea. În general, copilul se va mulțumi cu vechile jucării. Obiectele foarte simple îi oferă noi posibilități de a se juca. Este fascinat de posibilitatea de a introduce un obiect în altul. Cuburile compacte sau goale, ca și diverse obiecte de bucătărie, îi fac plăcere. Ocupația preferată rămîne golirea și „rearanjarea" sertarelor. Îi plac unele obiecte mari, pe care se poate urca sau pe care le poate deplasa. De o simpatie deosebită se bucură acele jucării pe care le poate trage după el, de o sfoară, permițîndu-i să meargă și să se joace în același timp. Încep să-l intereseze cărțile simple, cu animale frumos colorate.

În al II-lea an de viață copilul va fi captivat de apă și nisip; jocul este și mai interesant cînd are la îndemînă cîteva obiecte simple (sită, lopățică, greblă, găleată etc.).

Dacă se cumpără jucării, se va ține seama, de acum încolo că un copil are nevoie, pînă la vîrsta școlară, de jucării care trebuie să realizeze *trei condi-*

ţii: de mişcare; de elaborare şi de a fi iubite. De aceea este bine să primească în curînd o păpuşă sau un urs.

Mai ales după un an, existenţa unei „expoziţii" de jucării sau de păpuşi, aşa cum se obişnuieşte în unele familii, are efecte negative asupra comportamentului şi caracterului copiilor.

554. Jocul cu fraţii. Dacă fraţii sînt cu cîţiva ani mai mari, jocul este permis, dar cu următoarele precizări: nu-l vor lua în braţe; nu-l vor purta pe scări; nu-i vor băga nimic în gură. Copiii sub 3 ani se vor juca cu cel mai mic numai sub directa supraveghere a părinţilor.

555. Încăperea în care se joacă copiii va îndeplini următoarele condiţii: ferestrele vor fi bine închise; prizele electrice vor avea dispozitive de siguranţă (fig. 146); nu vor rămîne la dispoziţia copiilor obiecte ascuţite, medicamente, substanţe de uz casnic, potenţial toxice (detergenţi, insecticide,

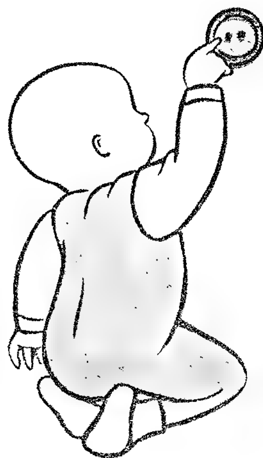


Fig. 146 — Prizele electrice accesibile copilului sînt periculoase.

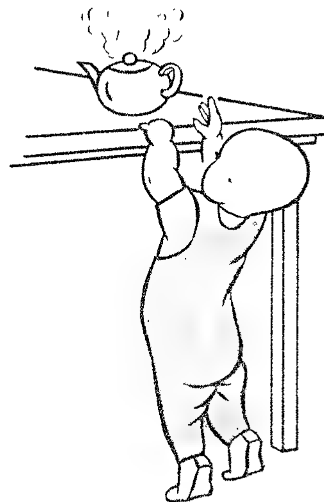


Fig. 147 — Pericol de opărire cu lichide fierbinţi.

băuturi alcoolice); mobilierul va fi redus la minimum necesar; podeaua nu va fi alunecoasă; în camera respectivă să nu fie vase cu apă clocotită (vezi fig. 147); copiii nu vor avea acces la balcon.

556. Rolul părinţilor. Din luna a II-a, părinţii îşi pot programa, la o anumită oră din zi, o perioadă scurtă pentru joc, în care copilul să simtă şi să savureze atenţia şi căldura afecţiunii.

557. Accidente. Copilul începe să se mişte (de-a buşilea; sprijinit de mobilă; încearcă să escaladeze patul) şi duce totul la gură. Atragem atenţia asupra unor greşeli şi pericole: *a)* imobilizarea în hamuri sau „legat" de pat (pericol de strangulare) (vezi fig. 148); *b)* încuiat singur în casă cu focul aprins la sobă sau la aragaz; c) obiecte de joc „sunătoare" (dacă se sparg, bilele ajung la dispoziţia copilului care le duce în gură, le poate aspira pe trahee, ducînd

la sufocare) (fig. 149); d) coji de pîine, cornuri sau bucăţi mari de mere; actul masticaţiei, şi înghiţirii nu sînt maturate; am asistat la decesul unor copii care s-au înecat cu coji de pîine sau fragmente de cornuri; e) perne de puf în patul copiilor.

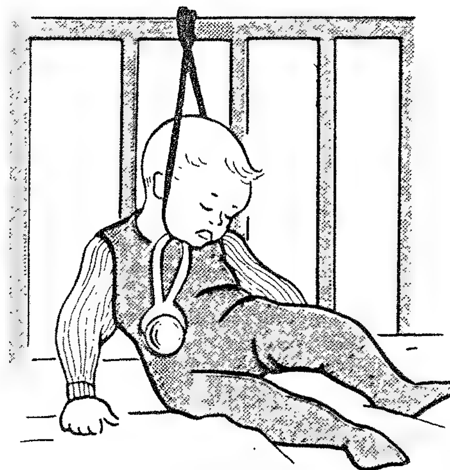


Fig. 148 — Strangularea.



Fig. 149 — Pericol de asfixie.

Zestrea sugarului

Este bine ca tot ce trebuie pentru copil să fie pregătit la întoarcerea mamei din maternitate. Noi vom întocmi din motive didactice o listă orientativă de toate cele necesare perioadei de sugar.

558. Camera copilului. Indiferent de dimensiunile locuinţei, prima problemă este fixarea spaţiului unde va fi instalat copilul şi mama la întoarcerea din maternitate. Acolo unde există posibilitatea amenajării unei camere separate pentru copil, se va alege camera cea mai luminoasă, însorită, uşor de aerisit. Se indică încăperile cu expunere spre sud şi sud-vest, de preferat spre grădină, nu spre stradă. Ideal este ca încăperea afectată copilului să comunice direct cu camera părinţilor. În familiile în care copilul locuieşte în aceeaşi cameră cu adulţii, această cameră nu va servi nici de cameră pentru musafiri şi nici pentru televizor. Este un sacrificiu pe care părinţii trebuie să-l accepte în avantajul copilului. Dacă familia nu are la dispoziţie decît camera care serveşte şi de bucătărie, este absolut necesară o aerisire susţinută, deoarece supraîncălzirea şi aburii duc la îmbolnăviri.

La început camera separată prezintă avantajul că sugarul este mai liniştit, scutit de contactul prea strîns cu ceilalţi membri ai familiei (care-i pot transmite diferite infecţii prin sărut, tuse, apropiere prea mare de copil, infecţii ale pielii prin contact direct etc.), toate îngrijirile se fac în condiţii de comoditate, lucrurile lui sînt separate şi la îndemînă, iar aerisirea se face în mod corespunzător. Pe măsura creşterii copilului apar şi alte motive ca el şi fraţii

săi să aibă cameră separată. Se pot forma deprinderile de ordine; pot să se desfășoare în setea lor de mișcare sau de joc; accidentele pot fi evitate. În timpul școlarizării, copilul poate să-și organizeze studiul în liniște și independență, în stilul său personal.

a) Curățenia camerei trebuie făcută zilnic, cu o cîrpă umedă (nu cu mătura!) sau cu aspiratorul. Este interzis să se arunce scutecele murdare pe dușumea sau să se „strîngă" într-un colț al camerei, unde să rămînă ore întregi. Este de dorit să nu se spele și nici să nu se usuce lenjeria în camera în care locuiește sugarul. Pentru a fi ușor de curățit, se preferă o podea impermeabilă, fără crăpături, netedă și neacoperită cu preșuri sau covoare. Pereții camerei trebuie să fie netezi, vopsiți cu o culoare deschisă.

b) Aerisirea. Aerul poluat, aerul umed, curenții de aer și fumul de țigară exercită o acțiune nefastă asupra sănătății și somnului copilului. În timpul verii se va asigura o ventilație permanentă, printr-o fereastră întredeschisă, copilul fiind ferit de curentul aerului direct. Vara, se pun site la ferestre sau se întinde un tifon deasupra patului. În zilele excesiv de călduroase ferestrele se deschid numai dimineața și spre seară; în restul zilei se coboară perdelele sau jaluzelele, pentru ca în cameră să fie răcoare. Iarna, camera se aerisește de mai multe ori pe zi, de dorit în timpul zilei, la fiecare oră cîte 10 minute, sau prin intermediul unei camere vecine. În orice anotimp, aerul și lumina care pătrund prin fereastra deschisă nu pot înlocui efectele favorabile pe care le are în călirea sugarului, scoaterea lui afară, în aer liber (vezi punctele 300, 374, 401, 595, 609, 666).

c) Temperatura locuinței constituie un element important în îngrijirea corectă și păstrarea sănătății nou-născutului și sugarului. Mulți părinți, mai ales cei care trăiesc în apartamente moderne, își închipuie că, cu cît este mai cald în casă, cu atît este mai bine pentru copil. Credem că pentru obiceiurile noastre (teama de „curent" și de „frig" fac parte din folclorul nostru!), temperatura ideală este de: 20—22°C pentru nou-născut și sugari în primele luni; în jur de 18°C la copilul mai mare. Un termometru de cameră este indispensabil! Mulți copii au mucoasa nazală uscată și vătămată printr-o încălzire centrală prost utilizată. Temperatura nu trebuie să coboare niciodată sub 16°C; în lipsă de radiatoare electrice, se vor folosi sticle cu apă caldă la 50°C, închise ermetic și puse în pătuț, învelite într-un scutec (pericol de arsuri). În timpul verii este necesară o atenție deosebită în zilele de caniculă, pentru că sugarii fac uneori un sindrom de supraîncălzire (șoc caloric). În timpul iernii, într-o cameră supraîncălzită (peste 25—27°C) sau prin înfășurarea copilului în prea multe scutece sau pături se poate ajunge la aceleași accidente. Agitația, insomnia, ascensiunile febrile sînt determinate frecvent de supraîncălzire. *Boneta este inutilă* în timpul cît copilul stă în cameră. Temperatura ideală trebuie să fie uniformă (în timpul nopții și a somnului de 16—18°C, iar în perioadele de veghe 22°C. Se va urmări tot timpul dacă mîinile și picioarele copilului sînt calde și bine colorate. În timpul îmbăierii este suficientă o temperatură de 22—24°C în cameră. Variațiile mari și bruște ale temperaturii sînt periculoase pentru sugar. La copiii obișnuiți să stea în camere prea încălzite, scoaterea la aer și călirea în general întîmpină uneori riscul îmbolnăvirii.

d) Sistemul de încălzire ideal este cel care poate fi reglat și în același timp nu usucă aerul (soba de teracotă, caloriferele cu dispozitiv de reglare, sobele de cărămidă). În apropierea sursei de căldură (pe sobe sau pe radiatoare) se vor pune recipiente (castroane, farfurii întinse) pline cu apă. Sînt vătămătoare pentru copil: încălzirea cu petrol (lămpi, sobe speciale), încălzirea cu cărbune (de pămînt sau mangan) deoarece emană oxid de carbon, sobele de fier (cînd ajung la roșu devin poroase și permit emanațiile de oxid de carbon), sobele de fier cu ardere lentă.

559. M o b i l i e r u l. Mobilele din camera copilului vor fi reduse la strictul necesar și vor fi simple, stabile (să nu poată fi împinse de copil), ușor de deplasat de către adulți, ușor de spălat (din lemn, din metal sau din material plastic). Nu se pun covoare în camera copiilor, nici pe dușumea și nici pe pereți (se infiltrează cu praf). Tot atît de neinspirate sînt și draperiile de catifea sau stofă groasă; orice mobilă veche cu incrustații (praful și paraziții din ele — așa-numiții acarieni — favorizează alergiile respiratorii); păsările împăiate, acvariile și pernele cu puf sînt de asemenea factori ce predispun la alergii respiratorii.

a) Patul. Fiecare copil trebuie să-și aibă patul lui. Este neigienic și periculos obiceiul ca acesta să doarmă în patul mamei sau cu frați mai mari. În primele luni de viață este mai practic coșul simplu de nuiele, special confecționat pentru copii, bine fixat, cu un echilibru perfect, ușor deplasabil (fig. 150). Se vor evita accesoriile decorative (perdele, volănașe etc.), întrucît favorizează acumularea prafului. Coșul se căptușește cu pînză simplă, care se prinde de marginile acestuia cu ajutorul unor șireturi, avînd grijă să se confecționeze 2—3 schimburi. Nu este indicată căptușirea coșului cu mușama sau material plastic, deoarece împiedică ventilația. Pe fundul coșului se așază, o saltelută confecționată tot din pînză (umplută — la orașe — cu iarbă de mare, iar la țară — cu foi de știuleți de porumb). Cînd coșul este în grădină sau pe balcon, va fi acoperit la nevoie (pentru a feri copilul de insecte), cu un coviltir de tifon. Coșul de nuiele prezintă avantajul că permite manipularea cu ușurință, este ieftin, ocupă loc puțin și se transportă ușor. În schimb, prezintă inconvenientul că nu poate fi folosit peste vîrsta de 4—5 luni.

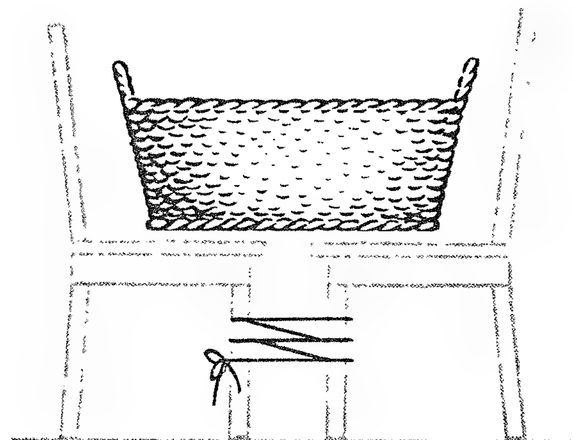


Fig. 150 — Coșul din nuiele pentru sugarul mic.

Cînd sugarul începe să se ridice în șezut, coșul se schimbă cu un pat prevăzut cu pereți laterali suficient de înalți, ca să împiedice căderea copilului. Sînt de preferat paturile cu pereți laterali din plase de sîrmă sau cu gratii, distanța dintre gratii va fi atît de mică, încît copilul să nu-și poată introduce

capul printre ele (fig. 151). Există şi paturi care pot fi transformate în ţarcuri prin coborîrea planşeului. Paturile de fier sînt mai indicate, întrucît sînt mai rezistente, se curăţă mai uşor şi mai bine. După vîrsta de 7 ani, un copil are nevoie de un pat mare. Unde se aşază patul copilului? Se alege un loc ferit de curent, luminos şi expus la soare. Patul nu se aşază în nici un caz lîngă soba încălzită. Supraîncălzirea duce la „febra de sete" (temperatură mare, agitaţie, sete, buze uscate) şi chiar la „şoc caloric" (febră foarte mare, alterarea stării generale, deprimarea fontanelei, tulburări nervoase şi chiar moarte!).

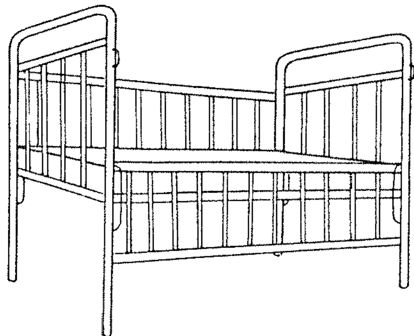


Fig. 151 — Patul pentru copil.

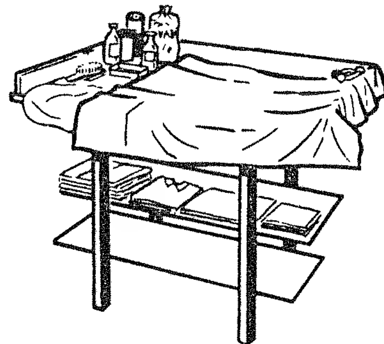


Fig. 152 — Masa de înfăşat.

b) **Masa de înfăşat.** Serveşte la îmbăierea, înfăşatul şi schimbatul copilului. Este foarte practică dacă este prevăzută cu rafturi sau sertare, în care se păstrează lenjeria şi obiectele necesare copilului (fig. 152). În familie, aceasta se poate improviza, căutîndu-se soluţiile cele mai economicoase. Pe masa de înfăşat se pune o saltea mică; iar în lipsa acesteia o pătură îndoită de mai multe ori. Este obositor şi chiar dăunător pentru lăuză să se aplece într-o poziţie incomodă pentru a da îngrijirile nou-născutului şi sugarului. Pe masă se pot păstra la îndemînă scutece de schimb, mici obiecte necesare în orice moment; se realizează astfel o economie mare de timp şi de eforturi pentru mamă, iar pentru sugar, un plus de securitate (nu va fi lăsat gol pentru căutarea unui obiect; dacă este mai mare se poate răsuci şi cădea jos). Masa de înfăşat se aşază în apropierea coşului (patului) copilului, într-un loc ferit de curenţi.

560. Căruciorul pentru sugari trebuie să îndeplinească următoarele condiţii: a) să fie suficient de încăpător; b) să aibă arcuri bune; c) să nu fie prea adînc, pentru a se putea asigura aerisirea; d) să fie uşor de spălat; e) să fie cît mai uşor pentru a fi deplasat cu uşurinţă. Coviltirul se ridică numai în caz de ploaie. În rest, căruciorul se ţine deschis, pentru a se asigura o bună ventilaţie. Accesoriile decorative (perdeluţe, funde etc.) sînt inutile şi neigienice. Cînd părinţii locuiesc la etajele superioare ale unui bloc se alege un cărucior pliant care poate fi transportat cu liftul.

561. Ţarcul nu este de o necesitate absolută. El este în primul rînd un adăpost pentru sugarul mare, atunci cînd mama trebuie să se ocupe de gospodărie şi, eventual, de ceilalţi copii. Momentul cel mai potrivit pentru a pune copilul în ţarc este acela în care el începe să se ridice şi să exploreze mai interesat mediul înconjurător şi cînd nu mai poate fi lăsat nesupravegheat, în pat, fără riscuri de accidentare. Copilul simte nevoia să urmărească ce se petrece în jurul lui. Ţarcul îi oferă posibilitatea să privească în toate părţile şi îl ajută să-şi perfecţioneze mişcările, uşurînd trecerea de la mersul tîrît

în patru labe, la mersul în staţiune bipedă. Pentru primii paşi, ţarcul este mult mai indicat decît salteaua elastică din pătuţ, deoarece procură copilului un sprijin ferm pentru picioare şi posibilitatea de a se agăţa de gratii pentru a se menţine în picioare (fig. 153). Cel mai practic este ţarcul pliant, confecţionat din lemn uşor, pentru a putea fi transportat dintr-un loc în altul. Pereţii laterali sînt din bare verticale, pentru a ajuta copilul să se ridice sau să se sprijine. În ţarc se aşterne o muşama, iar deasupra un covoraş sau un pled, care se poate lega cu şireturi de colţurile ţarcului. Cînd ţarcul este dus în grădină, pătura sau cearceaful trebuie să depăşească pereţii, pentru a împiedica pe copil să ia în mînă iarbă sau pietricele. Unii copii consimt să stea în ţarc, cel puţin pentru scurte perioade, pînă la vîrsta de 1 1/2—2 ani. Alţii nu-l mai suportă după vîrsta de 10 luni. Cei mai mulţi sugari se acomodează foarte bine în ţarc, pînă în momentul cînd învaţă să meargă bine. Cel mai bine este de a se renunţa la ţarc atunci cînd copilul îşi exprimă în mod hotărît această revendicare.

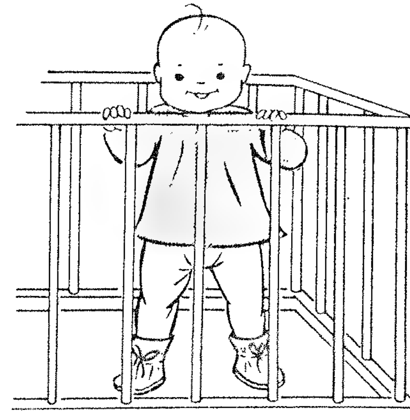


Fig. 153 — Ţarcul.

562. Scaunele pe rotile sînt necesare cînd sugarul învaţă să păşească. Calitatea primordială este stabilitatea scaunului. Odată introdus în acest scaun copilul trebuie să se simtă în siguranţă. Altfel, în loc de a fi un mijloc de a se deprinde cu mersul, o răsturnare sau chiar clătinare repetată duce la complexarea copilului, care „prinde" frică, ţipă cînd este pus în el şi chiar amînă mersul nesprijinit cu cîteva săptămîni. Acest „vehicul" satisface setea de mişcare, de cucerire a unei noi libertăţi (de deplasare), de lărgire a cîmpului de acţiune) a copilului spre vîrsta de un an. Procurarea şi utilizarea scaunului pe rotile rămîne rezervată celor care au o locuinţă suficient de mare. Înălţimea scaunului se va regla în aşa fel ca sugarul să se poată deplasa pe sol împingînd numai cu vîrfurile picioarelor.

563. Scaunele înalte, unde se aşază copilul pentru alimentaţie sau pentru joc static (sînt prevăzute cu o mică masă pe care se pot pune diferite jucării), sînt utile. În alegerea lor cel mai important element este stabilitatea.

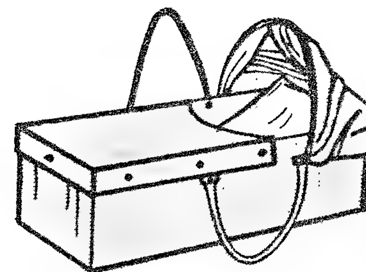


Fig. 154 — Sacoşa pentru sugar.

564. Sacoşa pentru sugar. Este un fel de valiză lungă, confecţionată dintr-un material impermeabil, cu două mînere (toarte), destinată transportării sugarului şi a lucrurilor (schimburilor) sale (fig. 154) (există şi cărucioare de copii a căror parte superioară este detaşabilă şi poate fi folosită ca valiză). O astfel de valiză poate avea mai multe întrebuinţări; printre altele poate înlocui căruciorul. Ea permite transportarea sugarului, în condiţii de perfectă siguranţă, cu alte mijloace de transport, într-o călătorie mai lungă cu maşina, la medic etc. Sugarul poate să stea şi

să doarmă în ea ore în şir. Împotriva intemperiilor îl apără capota protectoare şi partea superioară cu fermoar. Recent se folosesc tot mai mult un fel de „saci" speciali destinaţi pentru purtarea copilului în spate (sau pe piept) de către părinţi. Sînt prevăzuţi cu două deschizături în partea de jos (prin care se scot picioarele copilului) şi cu două curele ce se trec peste umerii adultului, întocmai ca un rucsac.

565. **Cîntarul** pentru copii este necesar în familiile care locuiesc departe de circumscripţia de pediatrie (vezi punctul 19).

566. **Inventarul moale.** a) Alegerea obiectelor de îmbrăcăminte este de cea mai mare importanţă. Îmbrăcămintea este menită să contribuie la menţinerea normală a temperaturii corpului. Corespunzător adaptată temperaturii înconjurătoare, ea apără organismul copilului de răcire şi de supraîncălzire; concomitent reglează eliminarea fiziologică a vaporilor de apă prin piele. În alegerea obiectelor de înfăşat, de îmbrăcat şi de acoperit copilul se va ţine seama de cîteva reguli: 1) să fie uşor de spălat; 2) să poată fi fierte (mai ales lenjeria care vine în contact direct cu pielea), 3) să nu fie iritante: se evită materialele aspre, rugoase; nu se procură obiecte de îmbrăcăminte din materiale sintetice, înainte de a şti dacă sugarul le suportă (unii fac alergie sub formă de roşeaţă, urticarie etc.); 4) să fie comode pentru copil, mai ales să nu-l strîngă; 5) să fie permeabile pentru aer. Orice obiect se va confecţiona din material potrivit sezonului cu o croială pe măsura copilului şi o execuţie care să nu-l stînjenească. Vara se preferă ţesăturile subţiri din bumbac, de culoare deschisă, iar iarna cele de lînă sau de fir gros de bumbac (finet). Nu trebuie uitat că îmbrăcămintea prea strîmtă împiedică mişcările copilului, după cum ea prea largă favorizează pierderile de căldură. Mama va fi sfătuită din timp asupra trusoului pe care trebuie să-l pregătească pentru copilul care urmează să se nască, în raport cu posibilităţile ei economice şi cu sezonul în care survine naşterea. Trusoul nu trebuie să fie excesiv, avînd în vedere ritmul rapid de creştere a copilului în primul an de viaţă. Procurarea sau confecţionarea lui este bine să fie terminată la începutul lunii a VII-a de sarcină, naşterile premature fiind imprevizibile. Dacă din diferite motive nu s-a procurat nimic pînă în momentul naşterii, în timpul cît mama este în maternitate, sora de ocrotire sau sora de pediatrie din secţia de nou-născuţi va indica familiei care este minimul de îmbrăcăminte necesară nou-născutului. Scutecele se pot confecţiona din cearşafuri vechi, care se fierb şi se spală în prealabil. Ţesăturile vechi absorb bine umezeala, au o permeabilitate crescută, sînt mai moi şi prin aceasta nu irită tegumentele copilului. Nu se foloseşte lîna pentru îmbrăcămintea care vine în contact direct cu pielea, deoarece fiind rea conducătoare de căldură, nu permite evaporarea lichidului absorbit, favorizînd iritaţia tegumentelor. Îmbrăcămintea sugarului se încheie cu şireturi de pînză sau cu nasturi; nu se prinde cu ace, cîrlige sau agrafe, deoarece ar putea să rănească pielea. Toată îmbrăcămintea trebuie să fie lucrată din materiale de culoare deschisă, care pot fi bine spălate. Scutecele se spală şi se fierb înainte de prima întrebuinţare. În felul acesta se înlătură apretul care poate duce la iritarea şi chiar lezarea pielii.

b) **Cămăşuţele** (6—10 bucăţi, mărimea 52—62) se confecţionează din material moale (indian, pînză albă, lenjerie de corp veche). Cămăşuţa sugarului trebuie să aibă mînecuţe şi se încheie pe unul din umeri cu un şiret subţire.

c) Pieptăraşele (în număr egal cu cămăşuţele). Deasupra cămăşuţei se îmbracă un pieptăraş de finet sau de bumbac (ţesut sau tricotat), de aceeaşi formă, dar de dimensiuni ceva mai mari decît cămăşuţa. În nici un caz nu va fi de lînă.

d) **Scutecele** se confecţionează din pînză subţire (pînză albă). Ele sînt de mai multe mărimi: scutece care se aplică pe piele şi care vor fi de 70/70 cm sau 80/80 cm şi scutece mai mari, de finet; dimensionate 75/90 cm. Sugarul are nevoie de aproximativ 12—15 scutece de pînză şi tot atîtea de finet. Este recomandabil să se pregătească un număr cît mai mare de scutece (minimum 18 bucăţi); cine are scutece puţine este obligat să spele mai des şi nu poate schimba copilul ori de cîte ori este nevoie.

e) **Faşa pentru ombilic** (3—4 bucăţi) este necesară pînă la căderea ombilicului. Se confecţionează din pînză lată de 8 cm şi cu o lungime de 75 cm. La nevoie, se poate folosi faşa obişnuită, de tifon.

f) **Pantalonaşii** (sînt necesare 8—10 bucăţi, deoarece se schimbă odată cu scutecul) se folosesc după vîrsta de 2—4 luni în anotimpul cald, îmbrăcaţi peste scutecul aşezat între picioarele copilului. Lăsat cu picioarele libere, sugarului îi face plăcere să execute în voie mişcări de pedalare. Pentru iarnă se vor utiliza pantalonaşii cu botoşei, iar vara chiloţi confecţionaţi din ţesătură de bumbac sau din tricot de bumbac. Lipsa pantalonaşilor se poate suplini printr-un scutec triunghiular, înnodat. Pantalonaşii din material plastic nu sînt recomandabili, deoarece împiedică respiraţia pielii, fiind impermeabili. Pot fi folosiţi pe perioade limitate de timp (2—3 ore), cînd copiii sînt scoşi la plimbare, pentru că împiedică umezirea aşternutului din cărucior.

g) **Jacheta de lînă** se îmbracă peste pieptăraş; se foloseşte numai dacă încăperea nu este suficient încălzită, precum şi în cursul plimbărilor în aer liber, în sezonul rece.

h) **Papucii** (botoşeii) se poartă cînd se îmbracă sugarul cu pantalonaşi. Pot fi tricotaţi din bumbac sau se pot croi din pînză.

i) **Scufiţele sau boneţelele** (2—3 bucăţi) se confecţionează din pînză, pichet sau finet. Se folosesc la nou-născut, iar la sugarul mai mare în anotimpul rece. *Este recomandabil ca sugarul să nu poarte bonetă în casă.* La noi este aproape imposibil să convingi pe unele mame că *boneta* (de multe ori 2—3 bonete şi chiar căciuliţă) este inutilă. Mai mult, unii sugari sînt îmbrobodiţi şi cu un scutec de teama „curentului". Rezultatul este că sugarii respectivi transpiră, pielea capului şi gîtului se roşeşte, iar călirea lor se face cu dificultate. Chiar afară, în anotimpul cald, dacă nu este expus la soare, sugarul va fi lăsat cu capul descoperit. Numai în zilele reci sau cînd bate vîntul se pune o scufiţă şi încă o bonetă sau chiar o căciuliţă de lînă. În zilele cu soare dogoritor, capul sugarului şi copilului mic se acoperă cu o pălărie cu boruri.

j) **Căciuliţele din lînă** (2 bucăţi) croşetate pe măsura capului copilului, se folosesc numai cînd copilul este scos la aer în zilele friguroase.

k) **Mănuşi de lînă** (1—2 perechi) pentru a fi folosite iarna la plimbare.

l) **Bărbiţa sau baveţica** (6 bucăţi). Nu toţi sugarii au nevoie de baveţică; unii nu se murdăresc niciodată, pe cînd alţii dimpotrivă, se murdăresc totdeauna cînd mănîncă. Este absolut necesară la copii cu regurgitaţii. Se pot folosi resturile de materiale albe sau colorate dintr-o pînză care să reziste la fiert. Mărimea este de 25 × 25 cm. Răscroiala de la gît nu va fi prea mare. Marginile se tivesc pe dos cu un şiret, care se prelungeşte cu o panglică ce serveşte la fixarea în jurul gîtului copilului.

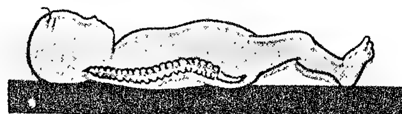
m) **Batistele** (4—6 bucăţi) se confecţionează din pînză albă, tivită, de mărimi diferite (30/30 cm pînă la 40/40 cm). Se folosesc pentru scopuri variate: ştersul copilului la gură, protecţia perniţei şi a cearşafului, pentru a nu fi nevoie să se schimbe toată lenjeria la cea mai mică regurgitaţie.

n) **Sacul pentru dormit.** Este indicat cînd copilul doarme afară în anotimpul friguros. Se confecţionează de preferinţă din stofă, cu o căptuşeală de vatelină îmbrăcată în finet sau molton care este detaşabilă, prinsă de sac

prin nasturi. Această căptușeală se poate spăla ușor și permite reglarea grosimii sacului în funcție de temperatura aerului. Sacii din blană nu au aceste avantaje și nu sînt de recomandat.

567. **A ș t e r n u t u l d e p a t** asigură odihna copilului și trebuie să corespundă cerințelor igienice.

a) **Salteaua.** Pe somiera patului se întinde mai întîi o pînză uzată, dar curată, pentru protecția saltelei. Saltele se pot confecționa în casă dintr-o țesătură compactă, care se umple cu păr de cal, cu iarbă de mare (Seegras), sau cu paie lungi curate. Puful sau lîna au dezavantajul că sînt prea moi și supraîncălzesc copilul. În ultimul timp se fabrică saltele din material plastic (burete elastic). În mediul rural, se pot umple cu foi de știuleți de porumb despicate de cîteva ori în sens longitudinal, pentru a deveni mai fine; se spală de praf și se usucă înainte de a se umple cu ele salteaua. Se mai poate folosi talajul de lemn, din care se înlătură fragmentele mai mari. Avantajul acestor materiale îl constituie faptul că sînt ieftine și ușor de procurat, ceea ce permite înlocuirea de îndată ce se uzează sau se murdăresc. Salteaua se umple îndesat, avînd grijă ca materialul să fie uniform repartizat, pentru a constitui un plan relativ tare și perfect orizontal (vezi fig. 155).



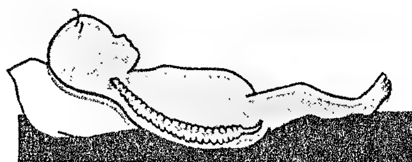


Fig. 155 — Culcarea sugarului pe salteaua umplută corect, cu somiera perfect orizontală. O saltea prea moale și cu pernă, poate duce la deformări ale coloanei vertebrale.

b) **Cearșafurile** se confecționează din pînză albită. Cearșafurile de pat trebuie să fie cu aproximativ 20 cm mai mari decît salteaua, pentru a se putea fixa bine sub saltea, astfel încît să nu se adune sub copil. Cearșaful de pătură trebuie să o îmbrace în întregime (plic) sau să-i acopere parțial fața superioară, avînd un capac mai mare la unul din capete. Este bine să fie confecționate cel puțin 3 schimburi, ca să existe posibilitatea înlocuirii dacă se umezesc sau se murdăresc.

c) **Mușamaua.** La sugari și copiii mici, între saltea și cearșaf se pune o mușama de mărimea saltelei, dar numai pînă la înălțimea umerilor sugarului. Peste cearșaf, în mijlocul patului se întinde o altă mușama subțire din cauciuc sau material plastic, cu dimensiunile de 40/40 cm, care se acoperă cu un scutec de finet.

d) **Perna.** La sugari și copiii mici, perna nu este necesară. Se pot admite, mai ales dacă părinții o doresc, perne mici umplute cu iarbă de mare sau cu păr de cal, așezate sub saltea. Pernele cu fulgi nu sînt recomandabile.

e) **Plăpumioara** poate fi confecționată fie din molton, fie din saten sau stambă capitonată cu un strat subțire de vată sau de lînă. În comerț există pături subțiri, moi, pentru sugari. Pentru a evita alunecarea păturii de pe copil, la colțurile cearșafurilor care o îmbracă se prevăd șireturi care se vor lega de marginea patului.

568. **Î n g r i j i r e a l e n j e r i e i.** a) **Spălarea.** Cămășuțele, cearșafurile și bonetele se colectează și se spală separat. Scutecele murdărite cu materii fecale se înmoaie într-o găleată cu capac, după ce au fost clătite cu apă rece, iar cele udate cu urină se înmoaie în altă găleată; la apa de înmuiat se adaugă săpun lichid, sodă de rufe sau soluție de cloramină 0,5—1% (ținerea rufelor în soluție de cloramină în concentrație mai mare de 1% și pe o perioadă ce depășește 1—2 ore duce la degradarea lor). Scutecele se țin la înmuiat 2—3 ore, iar restul rufăriei 1/2—1 oră. După ce s-au înmuiat, rufele se storc și se pun în vasul de fiert. Toată lenjeria dintr-o zi se spală odată. În apa de fiert se adaugă săpun de rufe, săpun lichid, fulgi de săpun. Detergenții pot produce iritații și alergii ale pielii. Dacă apa este dură, bogată în săruri de calciu (apa care nu face spumă), se adaugă în plus sodă de rufe. Durata de fierbere este de 5 minute la lenjeria obișnuită și de 20—30 minute la scutecele cu scaune diareice. După fierbere, fiecare bucată este controlată; petele rămase se freacă tot în apa în care a fiert lenjeria. Lenjeria sugarului se fierbe separat.

b) **Clătitul.** Resturile de săpun sau detergenți sînt cauza multor eriteme fesiere. Clătitul se face întîi cu apă călduță, apoi cu multă apă rece. Rufele insuficient clătite devin scorțoase, își pierd capacitatea de absorbție și irită zonele sensibile ale pielii sugarului. Lenjeria sugarului nu se spală și nu se limpezește în lacuri sau ape curgătoare, deoarece acestea conțin uneori cantități foarte mari de germeni patogeni.

c) **Uscarea lenjeriei.** Rufăria bine stoarsă este întinsă la uscat, de preferință la aer și soare, pe sîrme montate special pentru acest scop, care se șterg înainte de a se așeza rufele. În casele în care nu se poate beneficia de un spațiu cu expunere la aer, se vor usca după posibilități, dar niciodată, în camera copilului. În colectivități, uscatul rufelor se face în locuri special amenajate (uscătorii, pod).

d) **Călcatul.** Presatul. Înainte de a trece la călcat, se verifică lenjeria și se repară obiectele care sînt rupte. Călcatul asigură sterilizarea rufăriei și îi dă un aspect plăcut. În colectivități, această operație poate fi înlocuită prin presare. Lenjeria presată este mai moale decît cea călcată cu fierul, în schimb călcatul prezintă avantajul că sterilizează scutecele. Îngrijirea lenjeriei trebuie făcută întotdeauna cu minuțiozitate. Nici o infirmieră de spital sau de colectivitate de copii sănătoși și nici o mamă, la domiciliu, nu trebuie să devină superficială în această problemă deoarece orice neglijență poate să aibă urmări grave pentru sugari (diarei de origine infecțioasă, piodermite, hepatită epidemică etc.).

e) **Obiectele de lînă** se spală separat, cu apă călduță și săpun, clătindu-se tot cu apă călduță; nu trebuie frecate și nici stoarse. După cel de-al doilea clătit țesătura de lînă se pune într-o cîrpă de bumbac și se stoarce ușor strîngînd totul în formă de sul. Apoi se întind la aer, însă nu direct la soare sau lîngă sobă.

f) **Mușamalele.** La fiecare schimbat se șterg cu un scutec umed curat și apoi uscat. La două zile, mușamaua se schimbă, se spală bine cu apă și săpun sau detergenți, se dezinfectează (cu soluție de cloramină 1%) și se usucă.

g) **Împăturirea și sortarea lenjeriei.** Lenjeria se împăturește și se sortează pe categorii și dimensiuni, apoi se pune în ordine, pentru a fi folosită cu operativitate. Unii recomandă ca scutecele să fie pregătite și împăturite așa cum vor fi folosite la înfășat. Acest procedeu se folosește numai în familie. Deși ar părea complicat, este însă destul de simplu și după cîteva zile mama se obișnuiește cu el.

569. Încălțămintea. Înainte de 11—12 luni nu trebuie să i se pună copilului încălțăminte, aceasta nu este necesară (cum cred unii părinți), nici pentru a-i sprijini picioarele și nici pentru a-l învăța să meargă. Picioarele trebuie să aibă libertate de mișcare. Mama se va îngriji ca botoșeii, ciorapii pantaloni și ciorapii să nu fie strîmți pentru a nu jena mișcările picioarelor. Dacă ar umbla mereu pe o suprafață plană, caldă, fără asperități, sugarul nu ar avea nevoie de loc de încălțăminte. După luna a XI-a dacă sugarul a învățat să stea în picioare, este nevoie să fie încălțat cînd este dus în curte sau stă pe o podea rece și/sau cu asperități.

Încălțămintea copilului trebuie să întrunească următoarele condiții: 1) să fie confecționată din piele moale sau lînă și cu talpă flexibilă; 2) să fie perfect netedă pe dinăuntru, fără cusături sau margini tari; 3) să fie lejeră, permițînd atît mișcarea în voie a picioarelor, cît și creșterea lor; 4) să aibă botul rotund; 5) între vîrful degetelor și vîrful pantofului să rămînă un interval liber de aproximativ 1 cm; 6) cînd se cumpără se vor încerca amîndouă ghetele (vezi și punctul 539). Pînă la 3 ani, în casă, se va prefera o încălțăminte confecționată în casă dintr-un postav vechi sau împletită din lînă, la nevoie din doc, și tălpuită cu material dintr-o pălărie veche.

570. „Mixer-ul". Industria modernă a creat mai întîi „presa de fructe", iar recent „mixerul" care a adus un mare serviciu în alimentația sugarilor și copiilor mici (sucurile și pulpa de fructe și zarzavaturi — fierte sau crude — sînt transformate de mixer într-o pastă omogenă, moale, catifelată, ușor de înghițit). Cu ajutorul lui se realizează o mare economie de timp pentru mame dar în același timp, se asigură condiții igienice de preparare a mîncării pentru copil. Este o investiție foarte utilă. Trebuie ales cu atenție la cumpărare, apoi trebuie învățată folosirea lui.

571. Frigiderul nu trebuie să lipsească în nici o familie care are copii (nu numai sugari!) pentru a se asigura păstrarea corespunzătoare a alimentelor.

572. Un ceas cu minutar este absolut necesar, atît pentru respectarea duratei suptului la sîn cît și pentru prepararea unor alimente pentru sugar.

573. Trusa medicală pentru sugar. Împreună cu medicul și sora de ocrotire, mama va întocmi o „farmacie" a copilului. După părerea noastră, în trusa medicală a oricărui copil în primul an de viață este indicat să existe: o cutie cu comprese sterile; un pachet de vată; ser fiziologic; o pară mică de cauciuc pentru aspirat secrețiile nazale; o panglică metrică pentru măsurat lungimea și perimetrele corpului copilului; „Saprosan pulbere" pentru pudraj; Paracetamol, supozitoare pentru sugari (o cutie); Fenobarbital tablete de 0,015 g (pentru copii), 10 tablete; Aspirină (în pachete, divizate de medic); în funcție de vîrsta copilului, un unguent formulat de medicul curant; o seringă (de 5 ml sau de 2 ml) cu acele corespunzătoare, care să fie folosită numai la copil (se fierbe în prealabil 30 de minute); un rulou de leucoplast cu lățimea de 3 cm; un termometru medical; 1—2 pipete; o pară de cauciuc pentru clismă; 1—2 sticle cu dop care se înșurubează ermetic, care să fie folosite la nevoie ca buiote; o sticlă cu ulei fiert sau ulei de vaselină simplă; alcool iodat 1%, fețe etc. Pentru a nu fi confundate, flacoanele cu soluții pentru uz extern (etichetă roșie) se păstrează separat de cele pentru uz intern (etichetă albastră). Pe fiecare cutie sau flacon cu medicamente se scrie data procurării. Unguentele, uleiurile și supozitoarele se păstrează în frigider. Tabletele și fiolele se țin într-un loc uscat și răcoros, inaccesibil copiilor (pericol de otrăvire!).

574. Trusa medicală a lăuzei și mamei care alăptează: 2 pachete de vată, 1 pachet de comprese sterilizate pentru toaleta genitală, 1 pachet cu comprese sterilizate pentru toaleta mameloanelor, 1 cutie de talc pentru aplicații în zonele de transpirație abudentă (regiunea inginală, axile, cutele pielii de sub sîni etc.), 3—4 măști pentru a fi folosite cînd are guturai, alcool, 2—3 fețe pentru susținerea sînilor; medicamente necesare pentru refacerea mamei în faza de lăuzie (Electovit, vitamina A + D_2) sau pentru tratamentul unei eventuale anemii după recomandarea medicului și cele necesare pentru clismă evacuatoare.

4

COPILUL MIC (1—3 ANI)

Relațiile dintre părinți și copii

575. Pentru dezvoltarea posibilităților fizice și sufletești, copilul are nevoie de spațiu interior și exterior, de sentimentul de libertate. Pentru educația copilului este necesară multă răbdare. Trebuie combătute cele două tendințe extreme:

a) Unii părinți cred că după împlinirea vîrstei de un an „copilul s-a făcut mare", nu mai are nevoie de atenție și îngrijiri deosebite. Este lăsat puțin de „capul lui prin casă", părinții avînd numai grija îmbrăcămintei și a mîncării. Or, tocmai acum copilul are nevoie de afecțiunea și de prezența părinților, mai ales pentru dezvoltarea unor noi activități proprii (mers, îndemînare, vorbire etc.) și pentru cunoașterea lumii înconjurătoare. Îndeosebi în prima etapă, copilul este „umbra mamei". Chiar în mentalitatea corpului medical se observă uneori o oarecare subestimare în privința importanței pe care o are urmărirea continuă a dezvoltării copilului mic în mod curent. Medicii se ocupă, de obicei, de copilul mic numai în perioadele vaccinărilor și cu prilejul îmbolnăvirilor.

b) A doua extremă este oferită de mama care nu reușește nici la 3—4 ani să se dezlipească de copil, lipsindu-l de posibilitatea de a-și dezvolta forțele pentru cucerirea mediului înconjurător. *Mulți copii sînt insuficient pregătiți pentru viață, deoarece părinții nu se pot hotărî să-i lase să se desfășoare, să le satisfacă astfel nevoia lor de mișcare și de explorare a lumii înconjurătoare.*

> *Perioada de copil mic este hotărîtoare pentru dezvoltarea oricărui om. Deprinderile, o mare parte din educație, „stilul omului", preferința pentru un anumit stil de viață (încadrarea în societate, pasiunea pentru viața în aer liber, legătura cu familia etc.), într-un cuvînt tot ce se poate cucerii în cei „6 ani de acasă" se fundamentează acum.*

576. **Creșterea** este influențată, ca și în celelalte perioade, de factori ereditari, endocrini și de mediul înconjurător (alimentația, mișcarea, factorii naturali, mediul familial).

Proporția între segmentele corpului nu se modifică semnificativ, deși extremitățile devin ceva mai lungi și mai musculoase, iar capul nu mai pare atît de „dominant" față de trunchi. Perimetrul cranian crește mai lent: de la naștere pînă la un an crește cu 10 cm, în timp ce în toată perioada dintre 2 și 14 ani crește tot cu 10 cm. La $1^1/_2$ ani fontanela anterioară este, în general, închisă. Dintre organele interne, se dezvoltă mai ales creierul, inima și vasele.

Cîntărirea și măsurarea taliei copilului mic se fac bianual. Între 1 și 3 ani cîntărirea copilului este mai dificilă (vezi punctul 19 c).

Începînd de la 2 ani și pînă la 16 ani, cu prilejul aniversării zilei de naștere a copilului, se vor înregistra anual, pe „caietul copilului" sau — și mai bine — pe tocul unei uși din casă, cifrele anuale ale înălțimii copilului!

577. **Motricitatea.** Copilul mic este foarte activ din punct de vedere motor. Capătă din ce în ce mai multă siguranță în mers și își păstrează echilibrul.

> *Maturarea creierului și a căilor nervoase duce la o mai bună stăpînire a mișcărilor corpului.*

578. **Nevoia de mișcare** domină întreaga perioadă a copilului mic. Trebuie înțeleasă prin prisma dorinței de a-și folosi și stăpîni mușchii în toate felurile. El aleargă, cotrobăiește, se cațără peste tot. Fără să-și dea seama, urmează dictonul că „exercițiul face pe maestru". Chiar dacă se întîmplă să cadă, copilul reîncepe mereu ce și-a propus, pentru ca după reușită să înceapă altceva. *La sfîrșitul perioadei de copil mic, el este în stare să execute la comandă mișcări sistematizate.*

Impresionează vioiciunea și vitalitatea lui. Reușește să „dea gata" toată familia. Dintr-o nevoie interioară, el este mereu activ. Cu toate acestea, plimbările mai lungi îl obosesc, nu corespund nevoilor lui naturale. La început mișcările sînt stîngace, neîndemînatice; apoi sînt domoale, grațioase, treptat devin coordonate.

De la 1 la 2 ani

579. În cel de al II-lea an de viață, motricitatea voluntară se dezvoltă tot mai mult. *Mersul devine sigur și mișcările mîinilor sînt mai fine. Nevoia de mișcare este deosebit de mare.* Această mobilitate crescută, prin primejdiile pe care le implică, antrenează o schimbare în relațiile cu adulții și îndeosebi cu mama. Pînă acum raporturile dintre mamă și copil se limitau la îngrijiri, încurajări, mîngîieri. De acum înainte părinții adaugă în raporturile lor cu copilul interdicția: *NU*. Consecințele psihologice ale acestei frînări sînt importante.

Copilul capătă *conștiința eului, poate înțelege ordine și interdicții.* Crește capacitatea de cunoaștere, memoria și aptitudinea de „a-și aminti". Pe la jumătatea celui de-al doilea an de viață, se observă adesea îndoieli ca prime

încercări pentru acţiuni conştiente, de îndată ce este pus să hotărască în faţa unei alternative. Creşte interesul pentru cunoaşterea şi cucerirea mediului înconjurător. Dorinţa de cunoaştere şi curiozitatea cresc atît de mult, încît se poate vorbi de o primă perioadă a lui „de ce?" (vezi şi punctele 605, 620).

Alimentaţia

580. În cursul celui de al II-lea an, copilul devine capabil să mănînce şi să digere cea mai mare parte a alimentelor. Alimentaţia sa tinde să se apropie de cea a adulţilor. Raţia calorică scade acum la 70—80 calorii/kg corp în 24 ore. Din hrana zilnică trebuie să facă parte toate principiile alimentare: proteine, hidrocarbonate, grăsimi, săruri minerale, vitamine, fibre vegetale[1]. *Raţia de lapte* este de circa 400—500 ml pe zi; laptele se fierbe în mod obligatoriu, chiar dacă se prepară din lapte praf. La copiii care refuză să primească laptele, se va încerca înlocuirea cu alte derivate de lapte (iaurt, lapte bătut, brînzeturi). Este bine să se dea zilnic carne la masa de prînz; în locul acesteia, se poate da peşte proaspăt de apă dulce, 1 ou, brînză proaspătă. De altminteri, 50% din proteine trebuie să fie de origine animală. Oul poate fi fiert tare sau moale cu albuş, cu condiţia să fie proaspăt. De teama excesului de colesterol (la originea aterosclerozei de mai tîrziu), unii nutriţionişti recomandă numai 2—3 ouă pe săptămînă. Este indicat să se asocieze zilnic grăsimi de origine animală (unt) cu grăsimi vegetale (ulei de floarea soarelui sau ulei de porumb).

Hidrocarbonatele (cerealele, cartofii etc.) sînt folosite zilnic. Se preferă hidraţii de carbon în forma lor naturală (fulgi de ovăz, fulgii de porumb, grişul), produsele de brutărie preparate din cereale complete (ca făina neagră). Se oferă în cantităţi reduse dulciurile rafinate (zahăr, bomboane, prăjituri etc.).

Fructele şi zarzavaturile sînt obsolut necesare în alimentaţia de fiecare zi. Unii copii mici au încă dificultăţi de masticaţie; la aceştia fructele se vor da sub formă de sucuri şi pulpă rasă sau terciuită; fructele şi zarzavaturile fierte se strivesc cu o furculiţă; pot fi diluate cu lapte sau amestecate cu unt. Lichidele nu se vor da în exces; în anotimpurile calde şi la copiii care au tendinţa să consume multă apă, se va mări cantitatea de fructe (sucuri, pulpă rasă şi diluată cu sucurile, fructele de sezon bine coapte). *Mierea* este la mare modă în ţara noastră, atribuindu-i-se efecte miraculoase, nu toate fundamentate ştiinţific. La copiii cu tendinţă la constipaţie, zahărul poate fi înlocuit cu miere (inclusiv la îndulcirea laptelui); de asemenea mierea se poate da pe tartine de pîine cu unt. *Ciocolata* se va da cu prudenţă, în cantităţi mici şi numai în prima jumătate a zilei (poate produce agitaţie); dacă e veche, duce la apariţia de urticarie şi/sau tulburări digestive. *Prăjiturile de cofetărie*, de bună calitate şi proaspete, pot fi consumate ca desert *(nu între mese!)*. Frişca se alterează foarte uşor şi este un mediu de cultură excelent pentru microbi.

Copilul peste vîrsta de un an poate primi ca desert compoturi, dulceaţă, gemuri.

Cafeaua, vinul, ţuica, berea, ceaiul rusesc sînt strict contraindicate. Sucurile preparate industrial se dau cu circumspecţie. Se pot da băuturi răcoritoare, inclusiv ape carbogazoase (apă de masă, sifon).

581. Orarul meselor. *Masa de dimineaţă* se dă imediat ce se trezeşte copilul. Dacă este lăsat să aştepte, se enervează sau se preocupă

[1] Vezi şi alimentaţia şcolarului.

de altceva şi apoi refuză să mănînce. Se dă lapte simplu sau lapte fiert cu un făinos (griş, zeamil, biscuiţi măcinaţi, fulgi de porumb) sau cu cafea de malţ etc. Se foloseşte făinosul preferat de copii. Laptele nu va fi îndulcit prea mult; unii copii îl preferă neîndulcit. Dacă insistă să-l primească cu biberonul, nu i se va refuza această comoditate şi satisfacţie. Celor care refuză laptele, li se poate da ceai şi tartine cu brînză de vaci, unt şi miere sau gemuri, eventual un ou moale. *La ora 10* se pot da fructe, o tartină mică sau nu se va da nimic. *Masa de prînz* cuprinde un pireu de legume (morcovi, spanac, mazăre verde, dovlecei, cartofi). Spre sfîrşitul anului al II-lea începe să aprecieze consistenţa şi gustul cartofilor prăjiţi. Zilnic, pireul va fi asociat cu carne sau un ou proaspăt. Prînzul se poate încheia cu o ceaşcă de supă de carne strecurată şi ca desert fructe, compot sau o prăjitură de casă. Pentru variaţie felul întîi poate fi o ciorbiţă cu carne de pasăre sau perişoare, felul doi legume sote, sau preparate cu sos alb. Masa de prînz este bine să se dea pe la ora 11,30—12. *După amiază* (gustarea): lapte, iaurt sau fructe (ultimele sînt de preferat). *Seara* se va servi masa pe la orele 19—19,30. Se va da fie ca dimineaţa, fie o budincă (orez, griş, paste făinoase), mămăliguţă cu unt şi brînză, compot, o prăjitură de casă.

582. Apetitul. În primul an de viaţă sugarul ţipă de foame, aceasta fiind manifestarea unei necesităţi a corpului. După un an, apetitul implică o participare sufletească: aşteaptă să mănînce; îi place o mîncare pentru că îşi aminteşte de mirosul, de aspectul, de gustul ei, de cadrul plăcut în care i-a dat mama să mănînce. Unii copii preferă să fie serviţi numai de o anumită persoană din familie sau din creşă. Există o mare variabilitate a apetitului la copiii mici. Se pot face o mulţime de consideraţii asupra acestor variaţii: o mamă cu discernămînt psihologic, în colaborare cu un medic experimentat, pot descoperi cauzele şi găsi soluţiile în fiecare caz în parte. Punerea în practică este mai greu de realizat, deoarece în condiţiile vieţii moderne de emancipare pe toate liniile, copilul este îngrijit adesea de mai multe persoane, cu stiluri şi idei diferite şi, mai ales, cu răbdare şi putere de dăruire inegale.

Un copil care mănîncă bine are toate şansele să fie sănătos, să crească bine, să fie mereu activ şi să-şi satisfacă nevoia de mişcare şi cunoaştere. Părinţii, surorile pediatre, educatoarele, trebuie să pornească de la realitatea că la această vîrstă apetitul este foarte diferit de la un copil la altul. La acelaşi copil se observă şi variaţii în modul cum mănîncă, de la o zi la alta şi chiar de la o masă la alta. Nu este vorba de un copil dificil şi nici de un apetit capricios, ci este apetitul normal al fiecărei fiinţe umane. În plus, se adaugă acum instabilitatea psihică şi motorie a vîrstei. Mama era obişnuită cu sugarul care-şi primea biberonul obişnuit la ora potrivită, cu acelaşi ritual şi cu acelaşi preparat timp de săptămîni şi chiar luni de zile. Acum are de-a face cu o mică personalitate, cu preferinţe şi pofte. *Aşa cum respectă preferinţele culinare ale adulţilor din familie, tot aşa trebuie să ţină seama şi de poftele micii personalităţi, miniatură de comportament a celor ce l-au procreat.* În sfîrşit, să nu se uite că raţia zilnică a copilului peste vîrsta de 1 an scade, deoarece creşterea se încetineşte şi nevoile lui nutritive sînt mai mici.

Fixarea alimentaţiei se face în funcţie de ritmul propriu al fiecărui copil. Unii sînt mari mîncăcioşi, alţii de abia gustă; unii mănîncă acelaşi meniu luni de zile, alţii au nevoie de variaţie zilnică; unii mănîncă mult şi de 2—3 ori pe zi, alţii cer să „ciugulească" de 4—6 ori cîte ceva; unii doresc să mănînce din ceaşcă sau chiar să se „servească" singuri cu linguriţa, în timp ce alţii se despart cu greu de biberon. Ca şi în alte părţi ale acestei cărţi, rugăm pe părinţi să nu-şi compare copilul cu alţi copii.

Nu trebuie impus nimic! Orice hrană mîncată în silă sau luată numai pasiv este prost asimilată. A forța un copil să mănînce este o greșeală gravă; cel mai frecvent inapetența la sugarul mare și copilul mic este determinată de forțarea copilului să mănînce! Ulterior se adaugă dureri abdominale, tulburări de somn, tulburări mai grave de comportament (crize de mînie, iritabilitate, reacții de opoziție sau, din contră, pasivitate și anxietate). Masa trebuie să fie un prilej de plăcere și destindere. Pe măsura înaintării în vîrstă, apetitul copilului este tot mai mult legat de elemente „psihologice". Dacă un copil este bine dispus, dacă este activ și satisfăcut în relațiile cu cei din jur (părinți, bunici, educatori, alți frați), el va mînca bine. Dimpotrivă, dacă el nu a fost scos afară, dacă a fost contrariat sau dacă atmosfera din familie este de tensiune (certuri, oboseală), copilul nu mănîncă bine, este nervos, are tulburări de somn. Părinții cer medicului să indice medicamente[1] sau alimente minune, care să deschidă pofta de mîncare copilului, în loc să se creeze o atmosferă de familie care să-l facă să-i placă mîncarea oferită. Unii copii refuză să mănînce dacă alimentul nu este servit în ceașca sau în farfuria cu desenul preferat.

Porții mici. Se vor pune porții mici în căniță sau farfurie. Consumarea cu ușurință a unei porții, îi dă copilului senzația de victorie și de multe ori va mai cere. Dimpotrivă, dacă i se oferă o cantitate prea mare, el va lăsa o parte din porție în farfurie și astfel se va simți slab și oarecum vinovat. Comentariile ce se fac adesea îi accentuează și mai mult sentimentul de vinovăție.

Consistența. Spre sfîrșitul perioadei de sugar și în prima jumătate a anului al II-lea alimentele se dau sub formă de lichide, pireuri sau tocate mărunt, fulgi de cereale etc. Cu vîrsta, el începe să prefere alimentele crustoase: biscuiți, fulgi de porumb, coajă de pîine, tartine (pîine cu unt și cu miere sau dulceață), cartofi prăjiți, bucăți mici de parizer, să „muște" din fructe, să mănînce zarzavaturi strivite cu furculița.

583. **Folosirea mîinilor.** Încă de la 8—10 luni, unii copii încep să ia cu degetele pireul de la prînz și să încerce să-l ducă la gură. După vîrsta de un an, copilul capătă tot mai multă îndemînare și participă în mod activ la alimentație. Între mese, i se poate da să ronțăie o coajă de pîine, un biscuit, o felie de măr.

> *Dacă sînt hrăniți mereu de cei din jur, deprinderea de a mînca singur este întîrziată, iar tendința naturală la independență frînată.*

Cînd i se servește pireul, i se va da în mînă o linguriță. Printre jucării, trebuie să figureze lingurițe de plastic, tigăițe, cratițe, obiecte de bucătărie; jucîndu-se cu ele, îndemînarea copilului crește.

Creșterea și dezvoltarea

584. **Greutatea.** Creșterea este de circa 200—250 g pe lună, respectiv 2,5—3 kg într-un an. Unii părinți se neliniștesc de faptul că trec uneori luni de zile și greutatea „rămîne pe loc". Mai ales la copiii vioi, jucăuși, creșterea este mai lentă. Nu are importanță prea mare greutatea în cazul în care copiii respectivi sînt sănătoși, cu mucoase bine colorate, cu obrajii roșii, cu

[1] În ultimul timp... „lăptișorul de matcă".

privirea vie, cu mușchi bine întinși („carnea tare"), cu mișcări suple, veseli, cu poftă de mîncare și somn liniștit. Mai multe probleme se pun la copiii prea grași decît la cei slabi.

585. **Creșterea în înălțime** este de 12 cm. Creșterea este din ce în ce mai înceată; uneori staționează luni întregi. De abia la prepubertate și pubertate va reapărea un salt al creșterii. Consumul de proteine animale și de vitamine și săruri minerale (fructe și zarzavaturi) influențează creșterea, dar rolul eredității este covîrșitor!

586. **Dentiția.** Incisivii laterali apar între 10 luni și 1 an; între 1 an și 18 luni apar primii 4 premolari; în sfîrșit, între 16 și 24 de luni apar caninii. Ordinea de erupție poate fi neregulată. Și la această vîrstă erupția dentară se poate însoți — la unii copii — de durere locală, de o secreție salivară mai abundentă, de iritabilitate, de scăderea apetitului. Este însă o greșeală să se pună pe seama erupției dentare tulburări mai serioase ca: febra, îmbolnăvirile mai grave, diareele, insomniile.

Dezvoltarea neuropsihomotorie

Creșterea creierului este mai lentă. Dacă perimetrul cranian a crescut cu 12 cm în primul an, în al II-lea an el crește cu 2 cm. La sfîrșitul primului an creierul are aproximativ 3/5, iar la sfîrșitul celui de al II-lea an 4/5 din volumul creierului adultului.

587. **Motricitatea.** Nevoia de mișcare s-a manifestat încă din perioada de sugar. În cel de al II-lea an, această nevoie se accentuează. Copilul se tîrăște, se agață, merge de-a bușilea, se „plimbă" prin toată camera în scaunul cu rotile. Către vîrsta de 1 an și în trimestrul al V-lea de viață face primele încercări de a păși, susținut de cineva (vezi și punctele 521, 530 și 546). Se încumetă să se deplaseze singur de la o mobilă la alta, se amuză chiar să se sprijine cu totul pe ambele picioare și să rămînă astfel cîteva momente; se clatină, șovăie. Este momentul cînd trebuie învățat să meargă.

Copilul poate fi sprijinit ținîndu-l la început de umeri sau axilă, apoi de mîini, cu brațele întinse în sus, iar după aceea, poate fi ajutat, ținut numai de o mînă. După cîteva săptămîni de „antrenament" reușește să meargă singur. Cade des; dacă se lovește mai tare, dorința de a merge este amînată pentru cîtva timp. Timp de cîteva luni, va merge cu picioarele depărtate (cu bază largă de susținere), uneori cu brațele întinse pentru a-și menține echilibrul (vezi fig. 132). (La $1^1/_2$ ani începe să alerge cîte puțin, flectînd picioarele; la 2 ani aleargă cu ușurință.)

Dacă intervin incidente, stagnări, scurte perioade de regresiune, părinții nu vor intra în panică, nu-l vor forța. Orice progres trebuie să vină de la sine. Nici o maturație nu urmează un ritm absolut regulat. La fiecare cădere, copilul va fi calmat, încurajat. Reacțiile părinților sînt foarte importante în elaborarea personalității lui. O cădere violentă, o „ceartă" a tatălui, o reacție catastrofică a mamei la insuccesele copilului, amînă cucerirea posibilității de a merge. În general, *la 12—15* luni copilul este capabil să meargă singur; la 18 luni poate chiar să fugă greoi. *La 18 luni* poate urca pe scări, ținut de o mînă, treaptă cu treaptă. *La 20 de luni* poate să coboare ținut de mînă și chiar să se urce ținîndu-se de balustradă. *La 24 de luni* poate fugi bine, avînd însă tendința de a cădea des. Între 18 și 24 luni este vîrsta de „umblat de colo pînă colo" și de aceea necesită o supraveghere permanentă.

Între 10 luni și 14 luni, din poziție verticală, sprijinindu-se cu o mînă (de gratiile patului, ajutat de un adult etc.), copilul se apleacă și cu cealaltă mînă ridică o jucărie fără să-și piardă echilibrul. *Spre 15 luni*, de cele mai multe ori copilul, fără să se mai sprijine, reușește să ridice un obiect. Între $1^1/_2$ și 2 ani apucă și aruncă mingea cu ambele mîini și apoi o rostogolește cu

piciorul. *Între 2 şi 3 ani* prinde şi aruncă mingea spre mamă. Execută mici ordine şi reuşeşte să aducă un pahar cu apă fără să-l verse.

Paralel cu perfecţionarea motricităţii globale se dezvoltă şi *motricitatea fină*. Copilul devine din ce în ce mai îndemînatic! Am văzut că la sfîrşitul primului an de viaţă reuşeşte să apuce obiectele mici cu vîrful degetelor. Acum se apropie de orice obiect, îl apucă, fie cu toată mîna, fie cu degetele, şi adesea îl duce la gură. Gura rămîne încă un organ de cunoaştere!



Fig. 156 — Către vîrsta de 2 ani mersul este mai sigur; copilul poate lovi mingea cu piciorul.



Fig. 157 — Începe să-i facă plăcere să tragă o jucărie după el.



Fig. 158 — La această vîrstă copilul plînge des. Fiind încă nesigur pe toate mişcările, se lansează şi cade.



Fig. 159 — Plăcerea de a scotoci, de a arunca.

Alteori, după ce apucă un obiect, loveşte cu el, îl lasă din nou să cadă, îl aruncă sau îl aşează în altă parte. Scotoceşte prin sertare, dulapuri, coşul de hîrtii etc. scoţînd obiectele. Apare pericolul accidentelor şi intoxicaţiilor! Se află într-o fază de cercetare, de exersare continuă, resimţită de către adulţi ca obositoare şi chiar supărătoare. Intervenţia lor pentru a-l struni, de a încerca, prin cuvinte şi mijloace mai viguroase, de a-l „face cuminte", au ca efect frînarea şi reacţiile de negativism. Este mai bine ca, în această fază, în care copilul cucereşte spaţiul din jurul lui într-un mod supărător pentru adulţi, „activitatea" lui să fie canalizată spre jocuri sau acţiuni comune. Are nevoie de această perioadă de investigaţii, pentru a avea mai tîrziu o îndemînare corespunzătoare şi o bucurie sănătoasă de a munci, precum şi de timp pentru a învăţa să înţeleagă ordinea din lumea adulţilor.



Fig. 160 — Ştie să ţină linguriţa (şi ceaşca) dar se murdăreşte mîncînd singur.



Fig. 161 — Ştie să întoarcă filele unei cărţi, dar apucă mai multe file deodată.

588. **Limbajul.** În dezvoltarea vorbirii se înregistrează progrese mari. De le pronunţarea de sunete, de exclamaţii, de cuvinte izolate, copilul va trece la elaborarea de propoziţii cu 2—3 sau chiar cu mai multe cuvinte. Este naşterea unui limbaj particular copilului, cu deformări şi invenţii originale, care-i conferă o posibilitate mai largă de exprimare şi de a pune întrebări.

Pentru a numi un obiect, *pentru a avea „noţiuni", copilul trebuie mai întîi să înţeleagă.* Etapa de cercetare şi cucerire a lumii din jurul lui favorizează mult dezvoltarea limbajului. O altă premisă obligatorie este ca *auzul să fie normal.* Cînd, în familie sau în creşă, vorbirea este o verigă permanentă de legătură dintre diferiţii membri, cînd copilul este înconjurat de o atmosferă de calm, afecţiune şi înţelegere, cele auzite reprezintă un stimul, dezvoltarea vorbirii este impulsionată. Dimpotrivă, scandalul, ţipetele, „scenele" fac pe copil să nu înţeleagă, iar cuvintele auzite sînt asociate cu sentimente negative. În astfel de cazuri, se observă întîrzieri de vorbire. Trebuie subliniat că la această vîrstă copilul trăieşte într-un mod particular denumirile şi numele. Pentru el, numele reprezintă însăşi persoana sau obiectul. Dacă este denumit un animal, o persoană sau un obiect prezent, atunci această prezenţă devine mai vie.



Fig. 162 — Ţine creionul cu toată mîna, în poziţie verticală şi trasează linii nesigure. Dealtfel nu pune preţ pe ceea ce „scrie" şi şifonează hîrtia cu aceeaşi plăcere cu care a mîzgălit-o.

Mai tîrziu, dacă un adult îi spune denumirea unui obiect, el îl recunoaşte, îl cere sau se deplasează şi-l aduce mamei. Astfel copilul îşi creează lumea care-l înconjoară, apoi, puţin cîte puţin, dă un nume obiectelor şi fiinţelor care populează această lume.

589. Întîrzierea vorbirii. Normal un sugar pronunţă 3—5 cuvinte bisilabice („ta-ta", „ma-ma", „me-me", „pa-pa") în luna a XII-a, iar la 18 luni are un vocabular de circa 18—20 cuvinte. Există însă o mare variabilitate în ceea ce priveşte momentul cînd copilul pronunţă cuvintele şi mai ales vîrsta la care începe să vorbească curgător. În practica medicală, întîlnim foarte mulţi copii care nu au „început să vorbească". Adesea medicul, psihologul sau logopedul sînt consultaţi dacă nu este vorba de un copil mut sau înapoiat. Trebuie precizat, de la început, că *muţenia* nu se întîlneşte decît în cazurile de surditate, de suferinţe grave ale sistemului nervos (hemoragii ale creierului la naştere sau după traumatisme, infecţii grave ale sistemului nervos, unele boli ereditare, intoxicaţii cu unele medicamente). În cazurile de suspiciune de *surditate*, serviciile de audiometrie din clinicile de O.R.L. precizează diagnosticul.

La a doua problemă, dacă întîrzierea apariţiei limbajului este un semn de *înapoiere mintală*, medicul răspunde cu toată circumspecţia după o discuţie amănunţită asupra dezvoltării fizice şi maturării psihice a copilului, urmată de un examen clinic competent. Există un *limbaj pasiv* (copilul înţelege şi asociază) şi unul *activ* (exprimarea prin cuvinte). Orice copil care ştie să arate (în jurul vîrstei de un an) persoanele din anturajul apropiat sau aduce un obiect cunoscut cînd i se cere (execută un ordin), va fi considerat, după părerea noastră, ca normal. Am întîlnit copii care pînă la 24—28 de luni pronunţau puţine cuvinte sau chiar nici măcar un cuvînt, cu ajutorul căruia să comunice vreun gînd. Ei auzeau şi ştiau tot ce se vorbeşte, executau mici ordine, îşi exprimau dorinţe sau proteste prin semne, cînd auzeau ceva ce-i privea.

Înainte de a apărea cuvintele convenţionale, unii copii au o întîrziere în dezvoltarea vorbirii inteligibile, au un jargon propriu bogat; acest jargon („pe limba lui") are adesea intonaţiile şi nuanţele vorbirii umane, dar sunetele nu transmit ceva ce poate fi înţeles de cei din jur. Amintim că unele personalităţi ale lumii au vorbit foarte tîrziu (Lucian Blaga, Thomas Carlyle, Albert Einstein, Thomas Edison etc.).

La copiii normali la care vorbirea este în întîrziere, spre 18—24 de luni survine o schimbare bruscă, încît ajung să pronunţe cuvinte şi să exprime înţelesuri, ca şi copiii cu vorbire neîntîrziată. Astfel unii „muţi", care de fapt erau copii normali, reuşesc ca la a doua aniversare a zilei de naştere să exprime propoziţii din trei cuvinte. Subiectul acestor propoziţii este adesea „eu" sau numele său. Ca o compensaţie, după ce „şi-au dat drumul", aceşti copii vorbesc toată ziua.

Recomandăm să nu se facă observaţii şi să nu se corecteze cuvintele deformate de copil; totodată adulţii nu vor imita pe copil, întrebuinţînd limbajul infantil.

590. Situaţia în care se vorbesc două limbi într-o familie. Aproape în toate cărţile de specialitate se atrage atenţia că, pentru a nu întîrzia progresele vorbirii la copil, este bine să se vorbească o singură limbă. În ultimul timp se susţine (opinie acceptată şi de autorii acestei cărţi), că unui copil i se poate vorbi de la început în ambele limbi, cu condiţia ca aceeaşi persoană să vorbească în permanenţă în limba respectivă: mama în limba ei maternă (de exemplu, limba română, maghiară, germană, sîrbă), iar tatăl în limba pe care o cunoaşte. În acest fel, copilul se va obişnui din timp să se adreseze şi să răspundă părintelui respectiv, în limba pe care acesta a

folosit-o iniţial. Copilul învaţă de la început două limbi ceea ce prezintă importanţă în lumea modernă.

591. „Bucuria de a distruge". Cu mersul lui încă nesigur, copilul răstoarnă sau distruge obiecte, scoate cărţi din bibliotecă, rupe ziare, mîzgăleşte pereţii etc. Văzute prin prisma adulţilor, acestea sînt acţiuni distructive. De aceea s-a şi vorbit despre o fază distructivă, de o „vîrstă a distrugerii". Trebuie însă subliniat că la copil nu s-a conturat noţiunea de stricăciune şi de distrugere; el se bucură de toate acţiunile lui, le încearcă neîncetat, cercetînd şi cucerind treptat lumea lui.

592. Dezvoltarea psihică. Progresele din al 2-lea an de viaţă s-au pregătit de multă vreme. Încă din ultimele luni ale primului an apare la copil plăcerea de a fi luat în seamă şi de a reuşi „cîte ceva", prin tentative dirijate în mod discret de către mamă. Activitatea se face cu un scop şi în anumite condiţii: organizarea conduitei în funcţie de rezultate. Copilul reîncepe experienţele care i-au reuşit şi le elimină pe celelalte; mai mult, el introduce variante din ce în ce mai diferenţiate. De exemplu, copilul îşi dă seama că un obiect care cade face un zgomot, mereu acelaşi; el stabileşte relaţia între cauză şi efect. Astfel, se formează judecata care selecţionează încercările reuşite (motive de plăcere).

Începînd din luna a 15-a se anunţă *dobîndirea lui „nu"*. Copilul a învăţat să meargă, devine mai independent şi cîteodată prea curajos; încep reproşurile şi unele mame îl transformă într-un obiect al interdicţiilor. Mama îi spune mereu „nu", „nu", clătinînd capul. Copilul o imită, şi acest gest de refuz capătă valoarea unui sens al vorbirii (valoare semantică). *Este prima idee abstractă care se cristalizează în gîndirea copilului.* De acum înainte, copilul poate fi educat. Refuzul mamei, sau interdicţia folosite cu discernămînt, fără agresivitate şi numai începînd din a doua jumătate a celui de al doilea an, sînt binevenite pentru copil. Formarea eului se întăreşte din frustrări, din refuzuri, capitale pentru dezvoltarea mintală a copilului.

593. Cînd se poate spune că un copil este întîrziat? Atunci cînd nu îndeplineşte cîteva condiţii minime: **a)** la 2 ani nu pronunţă încă 3 cuvinte şi nici nu ştie să arate prin gesturi două persoane apropiate sau 3—4 obiecte din cameră; **b)** nu se poate aşeza şi ridica singur; **c)** contactul cu lumea înconjurătoare este atît de slab încît copilul nu poate diferenţia o vorbă blîndă de un „nu"! categoric; **d)** nu urmăreşte obiectele situate sau purtate lateral şi nu încearcă să le apuce; **e)** nu trăieşte situaţii „de aşteptare" (jocul „de-a cucu"); **f)** în timpul alimentaţiei nu se stabileşte nici un contact cu persoana care-l hrăneşte; **g)** copilul consumă numai alimente lichide.

Supraveghere şi îngrijiri

594. Asistenţa medicală. La noi în ţară s-a înrădăcinat o practică greşită în ceea ce priveşte consultul medicului după ce copilul a împlinit vîrsta de 1 an. Familiile apelează la medic numai cînd copilul este bolnav, cînd trebuie vaccinat sau cînd are nevoie de avize epidemiologice. În familie, solicitarea medicului ţine de gradul de instrucţie şi de grija părinţilor pentru copil. Or, familia cu copil mic are nevoie în aceşti ani de sfaturi medicale, nu numai în privinţa sănătăţii, ci şi în toate problemele legat de formarea deprinderilor, educaţia şi comportamentul general. Pînă la intrarea copilului în grădiniţă şi în şcoală, medicul ţine locul educatoarelor din colectivităţile de copii mici şi al profesorilor din şcoli. În al doilea an se continuă prevenirea

rahitismului. Doza fiziologică zilnică este de 500—1 000 u.i. Este o greşeală ca la împlinirea vîrstei de un an să se întrerupă brusc administrarea de vitamina D. Dacă nu se poate administra vitamina D zilnic (tendinţa la diaree a copilului, lipsa de conştiinciozitate a mamei etc.), în al doilea an, în lunile cu litera R (septembrie—aprilie), se vor administra la $2^1/_2$—3 luni cîte 200 000 u.i. de vitamina D_3 sau D_2 pe gură. Nu este necesară asocierea curelor de calciu, dacă copilul primeşte circa 500 ml lapte pe zi (sau brînză). La copiii cu rahitism se va administra vitamina D şi în lunile de vară.

Copilul între 1 şi 6 ani are nevoie de cel puţin patru consultaţii anuale (trimestriale) în scop profilactic şi educativ: alimentaţia, vitaminizarea, crearea unui cadru de familie favorabil, organizarea vacanţelor, practicarea unui sport sau a unei îndrumări precoce pe linia unei vocaţii a copilului (muzică etc.).

595. Organizarea zilei. Programul unei zile este mai greu de schematizat. În mod normal, copilul ar trebui să se adapteze la ritmul vieţii de familie.

Dimineaţa copiii se scoală spontan la ore foarte diferite. Unii sînt „în picioare“ cînd pleacă părinţii la serviciu; aceştia vor fi puşi pe oliţă, li se va da să mănînce şi, eventual, dacă este prea devreme, vor fi culcaţi din nou. Dacă nu dorm, familia este datoare să nu-i lase să „lenevească“ în pat. Vor fi sculaţi din pat, puşi pe oală, se va face toaleta, vor fi hrăniţi şi, dacă este posibil, vor fi scoşi în curte sau cel puţin puşi în ţarc. Plimbarea este obligatorie la această vîrstă. Dacă încearcă, vrea şi poate, copilul va fi încurajat să meargă singur. Se va merge la plimbare cu căruciorul şi, de îndată ce copilul dă semne de oboseală, va fi pus în cărucior. Este bine să fie „plimbat“ de două ori pe zi. Mai ales la cei cu tulburări ale somnului şi ale apetitului, se va face obligatoriu o plimbare şi după amiază, cît mai spre seară. Se va face tot posibilul pentru respectarea unui orar precis al meselor şi somnului de după masa de prînz.

Seara se va evita, în continuare, excesul de impresii (televizor, vizite, jocuri prelungite etc.). Baia zilnică va fi de durată mai lungă, copilul va fi lăsat să se joace în apă. După baie se tamponează bine cu un prosop moale, iar cu un altul, mai aspru şi complet uscat, se fricţionează pielea. O dată sau de două ori pe săptămînă se spală şi pe cap. Dacă spălarea capului se face cu brutalitate (sau neîndemînare) şi dacă spuma de săpun ajunge în ochii copilului, acesta va ajunge să fie terorizat de baie.

Viaţa copilului trebuie să se desfăşoare în familie, în acelaşi mediu fizic (locuinţă, grădină, locuri cunoscute), social (părinţi, fraţi, bunici) şi psihic (armonie între adulţi; părinţii au datoria să satisfacă nevoia de dragoste, de joc şi de mişcare a copilului). Se va evita „scoaterea copilului în lume“ (vizite pe la rude şi cunoscuţi etc.). Regularitatea programului zilnic la această vîrstă duce la formarea unor bune deprinderi, stimulează dezvoltarea fizică şi psihică, creează o atmosferă de calm, de siguranţă, care este cel mai bun mijloc de prevenire a reacţiilor de negativism, atît de frecvente la această vîrstă.

596. Prevenirea accidentelor şi intoxicaţiilor. Copilul începe să meargă singur, scotoceşte peste tot, „gustă“ totul etc. Începe vîrsta cu cele mai multe otrăviri şi accidente produse în perimetrul casnic, care în condiţiile vieţii moderne au devenit cauza principală a îmbolnăvirilor şi deceselor (punctele 555, 557).

597. Creşa sau familia? Acolo unde mama nu este în cîmpul muncii sau există bunici valizi, copilul între 1 şi 3 ani va fi îngrijit în familie. În oricare alte situaţii copilul este mai bine îngrijit în creşă. O vecină sau o străină, fără studii şi pregătirea necesară, nu poate înlocui condiţiile materiale (cadru, alimentaţie, personal calificat) oferite de creşele înfiinţate cu atîta largheţe de statul nostru.

Îngrijirea în creşă între 1 şi 2 ani. Spre deosebire de familie, în creşă se întocmeşte un program săptămînal de activitate, în funcţie de vîrsta copiilor şi de anotimp. Copilul are nevoie de un cadru material şi afectiv care, pe lîngă satisfacerea nevoii de mişcare şi de joc, să-i creeze sentimentul de siguranţă. Pentru aceasta este necesar ca surorile şi educatoarele : **a)** să aibă puterea de a înţelege şi iubi copiii; **b)** să-şi dozeze sentimentele în mod egal la toţi copiii; **c)** să individualizeze atitudinea şi metodele de educaţie în funcţie de personalitatea fiecărui copil; **d)** să protejeze pe copii de orice accident; **e)** să le satisfacă trebuinţele elementare; **f)** să aibă continuitate şi consecvenţă în tot ceea ce fac şi spun copiilor; **g)** să facă totul pentru a fi acceptate şi iubite de copii, pentru ca aceştia să nu capete sentimentul de frustrare; **h)** să aibă o dicţiune bună şi să vorbească corect (gramatical) limba maternă a copiilor, pe un ton cald, protector.

Programele prea rigide pot duce la ceea ce se numeşte „copil-marionetă“, care se conformează întru totul dorinţelor părinţilor sau educatorilor. Este indicat să lucreze aceeaşi echipă la fiecare grupă de copii. Activitatea se va desfăşura în camere mari, spaţioase, bine luminate şi aerisite, cu mobilier adecvat taliei şi posibilităţilor copiilor care să nu le pericliteze sănătatea. Fiecare exerciţiu trebuie să fie atrăgător, uşor, să le stîrnească interesul şi să-i menţină cu atenţia concentrată în tot timpul desfăşurării. Copiii mici imită, sînt „umbra“ adulţilor, aşa că sora sau educatoarea trebuie să fie atente la fiecare gest, la fiecare vorbă, să nu plece deloc din mijlocul copiilor cît durează jocul.

De la 2 la 3 ani

598. Generalităţi. În al II-lea şi al III-lea an de viaţă, copilul este încă „umbra“ părinţilor, dar nu mai este un „bebe“, aşa cum el însuşi o afirmă adesea cînd vede copii mai mici decît el sau cînd este dus la plimbare şi vrea să fie tratat ca un „om mare“. Copilul ajunge să aibă o siguranţă şi un control remarcabil al tuturor mişcărilor. La 3 ani îşi stăpîneşte corpul bine, aleargă repede, mişcările sînt coordonate.

Se înviorează fantezia, datorită lărgirii limbajului, se trezeşte interesul pentru basme şi povestiri. Creşte spiritul de independenţă. Somnul de prînz trebuie impus uneori. Seara, copiii adorm mai greu. La nevoie mama simulează că adoarme şi ea, culcîndu-se în alt pat şi închizînd ochii. Acum copiii au imaginaţie vie, vorbesc adesea în somn sau se trezesc noaptea (dacă manifestă semne evidente de frică, vor fi luaţi în patul părinţilor pînă adorm, apoi vor fi repuşi în patul lor). Creşterea imaginaţiei declanşează reacţii anxioase, care reprezintă un fenomen absolut normal la această vîrstă. Pentru a nu le amplifica, se vor evita: poveştile cu strigoi, Baba Cloanţa, „bau-bau“, căpcăunul etc.; ameninţările cu închiderea copilului singur într-o cameră, bătaia, cearta; suprasolicitarea afectivităţii copilului etc.

Alimentaţia

599. Cu cît înaintează în vîrstă, cu atît copilul prezintă tot mai multe variaţii în ceea ce priveşte: numărul meselor, cantitatea cu care se satură, gusturile. Indiferent de vîrstă, sînt valabile cîteva recomandări generale:

— nu se va forța copilul să mănînce;

— nu va fi „rugat" să-și consume rația și nici certat;

— dacă un copil refuză să mănînce tot ce i se servește, nu se va reveni pînă la masa următoare — cu aceeași mîncare sau cu altceva —pe motivul că „a rămas nemîncat";

— pe cît posibil, cel puțin în zilele de sărbătoare, *toată familia* va lua masa împreună;

— masa nu trebuie să țină mai mult de 20—30 de minute;

— nu se vor folosi alte artificii (jocuri, povești etc.) pentru a-l face să mănînce.

Se indică 3 mese principale (dimineața, la prînz și seara). „Gustările" de la 10 și 16 sînt servite numai dacă sînt solicitate și primite ușor de copil, dar nu vor fi prea consistente de preferință un fruct sau un pahar de suc de fructe. Nu se dau dulciuri între mese, și nici după masa de seară. Menu-ul zilnic al copilului este bine să cuprindă: lapte și derivate (unt, brînzeturi), carne, ouă, fructe și zarzavaturi proaspete.

Alimentele ușor alterabile (frișca, smîntîna, prăjiturile cu cremă sau frișcă, ficatul, creierul etc.) se vor da numai proaspete și pregătite în gospodărie; băuturile alcoolice și cafeaua sînt *complet interzise;* ciocolata se dă numai în prima jumătate a zilei. La copiii agitați și la cei care fac urticarie este interzisă; dintre produsele industriale (sucuri, paste, „pireuri" etc.) de fructe sau zarzavaturi și fructele și zarzavaturile proaspete, se vor prefera totdeauna ultimele.

Mîncarea se servește în porții mici, care se repetă la cerere. Este bine ca persoana care ajută pe copil, să „mănînce" și ea. Ca și multe alte activități ale copilului de vîrstă mică, și mîncarea se servește însoțită de îndemnuri la persoana întîi plural („hai să mîncăm"). În momentul cînd un copil refuză întreaga rație sau numai o parte din mîncare, nu va fi certat, ci i se va consuma din rație cu afirmații ca: „ce bună este"; „păcat că nu ai mîncat, dar mie-mi place mult"... etc. *Nu i se va mai da să mănînce pînă la masa următoare.* Mîncărurile refuzate nu se vor da cîtva timp.

În zilele călduroase apetitul scade. În schimb, crește setea; nevoile de lichide se vor acoperi prin sucuri și fructe proaspete de sezon. Gusturile oricărui copil se lărgesc cu vîrsta, dar sînt foarte variate de la un individ la altul. Unii rămîn multă vreme cu același gust limitat la cîteva preparate (de lapte, de fructe, supe sau pireuri), alții vor să li se dea mereu ceva nou. Gusturile și „dezgusturile" copilului mic sînt de obicei temporare. Mulți copii de la noi din țară preferă acriturile (borșurile, iaurtul).

La o parte dintre copiii mici apare refuzul pentru lapte, probabil tot ca o reacție negativă la unele greșeli din lunile anterioare. Acesta se va înlocui cîtva timp cu alte produse lactate (iaurt, brînză) și se va avea grijă ca în cazurile respective să se dea zilnic carne sau ou.

Consistența. Treptat, copilul mestecă cu mai multă ușurință. Preferă alimente mai crocante: coaja de pîine, biscuiții, fulgii de cereale (porumb, orez, orz, grîu), cartofii prăjiți, prăjiturile cu nucă, tartele etc. Carnea se toacă (perișoare) sau se taie în felii foarte subțiri. Mulți copii mici preferă alimentele și băuturile reci (înghețata, iaurtul, Pepsi-Cola); la cei care nu fac frecvent angine acute se poate satisface această preferință.

600. Orarul și ambianța meselor. Copilul va primi 3—5 mese. *Micul dejun* este constituit, de regulă, din lapte (simplu, îndulcit, sau fiert cu un făinos), la care se asociază, pe măsură ce copilul crește, o tartină cu unt și gem, miere sau dulceață. La cei care refuză laptele, se va da un ceai de plante (mușețel, tei, chimen, anason, sunătoare etc.), asociat cu 2—3 tartine mai mari, cu unt și dulceață sau cu carne sau brînză. Laptele de dimineață poate fi dat cu cacao sau ciocolată. *La ora 10* nu se dă nimic sau cel mult un fruct, dacă masa de prînz se servește la timp (în jurul orei 12). *Prînzul*

va fi foarte variat și poate consta din mîncarea adulților, cu condiția să fie preparată dietetic și adaptată gusturilor copilului (vezi cap. Rețete pentru copil). Dacă masa de prînz se dă la timp, copilul poate dormi suficient și poate fi plimbat în cursul după amiezii. *Gustarea* de după amiază este în funcție de posibilitățile familiei și de gusturile copilului (un pahar de iaurt, de lapte simplu, o prăjitură sau fructe). *Seara* mulți copii refuză fierturile cu lapte, budincile. Nu vor fi forțați. Imitîndu-i pe adulți, cer ceai, carne (mezeluri etc.)

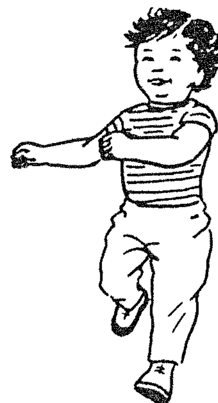


Fig. 163 — Spre vîrsta de 3 ani, cînd aleargă, este capabil să privească la dreapta și la stînga.



Fig. 164 — Către vîrsta de 3 ani copilul poate urca scările alternînd picioarele.

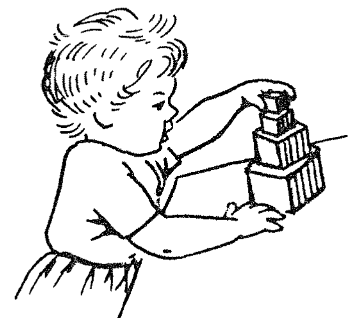


Fig. 165 — Suprapune cu ușurință mai multe cuburi.

sau un ou, prăjituri de casă. Masa va fi servită în condiții optime de igienă, cu față de masă curată, cu farfurii și căni viu colorate (cu floricele, animale, imagini din povești). Copilul va sta comod pe scaun, cu picioarele sprijinite pe podea sau pe grătarul mesei. La gît i se va pune un șervet curat, sau o bavețică. Se recomandă la copilul mic să fie servită întîi mîncarea mai consistentă (felul al doilea, în limbaj obișnuit), apoi supa sau ciorba și, în final, desertul.

Creșterea și dezvoltarea

601. Creșterea greutății și lungimii. Progresul ponderal este de 2—3 kg la băieți și de 2—2,5 kg la fete. În schimb creșterea staturală este mai importantă: 5—8 cm la băieți și 6—9 cm la fetițe. Sînt cifre orien-

tative, cu mari variații de la un copil la altul; medicul este singurul în măsură să le interpreteze. Părinții sînt datori să noteze în caietul copilului cifrele greutății și înălțimii la aniversarea zilei de naștere.

602. **Motricitatea.** La 2 ani, nevoia de mișcare se menține foarte vie. Copilul se bucură mult cînd poate zburda. Cade des, răstoarnă multe obiecte, sparge destule vase. Vînătăile traduc experiența acestei vîrste. Nevoia de mișcare se va menține de-a lungul întregii perioade preșcolare, dar la 3 ani atinge apogeul. Legat de aceasta, se înregistrează un mare succes: copilul se mișcă ușor, fără stîngăcii, sigur. Consumul de energie scade. Urcă singur scări, se poate cățăra pe scaune sau bănci (sporind riscul accidentelor).

Motricitatea fină nu este încă perfectă, dar se diferențiază permanent. Copilul învață să mînuiască obiecte din ce în ce mai mici. Îi place să poarte sau să împingă jucării sau să le tragă de sfoară în urma lui, suprapune cuburi etc.

603. **Percepția.** La 2—3 ani copilul acumulează cu ajutorul mîinilor și mișcărilor sale, un mare număr de experiențe tactile (prin pipăit) și motorii (prin mișcare). Concomitent se dezvoltă și orientarea vizuală, astfel încît poate aprecia din „ochi" anumite obiecte, recunoaște poze (figuri de animale din cărți, fotografii ale persoanelor apropiate) și descrie obiecte desenate (gura, coada, urechile etc. ale unui animal). Își amintește de obiecte sau situații și reacționează în mod adecvat la repetarea anumitor evenimente (de exemplu, la masă își aduce tacîmul și bavețica).



Fig. 166 — Recunoaște pe un desen diferite obiecte și știe să le arate.



Fig. 167 — Știe să țină creionul mai corect (uneori cu mîna stîngă) și, fixînd hîrtia cu cealaltă mînă, trasează linii mai ordonate (sau un cerc).

Obiectele din jurul lui sînt incluse în așa-numite „jocuri cu roluri". O bucată de lemn poate fi împinsă ca mașină, poate fi dusă la gură (ca lingură) sau poate fi îmbrăcată ca o păpușă.

604. **Limbajul.** Posibilitățile de exprimare se perfecționează. Pronunță tot mai multe cuvinte: la început substantive, apoi verbe și adjective. Bagajul de cuvinte reflectă luarea de cunoștință a copilului despre tot ceea ce-l înconjoară: persoane, obiecte.

Verbele sînt folosite numai la timpul prezent. Adjectivele vin la urmă: acest fapt corespunde unei elaborări lente în ceea ce privește noțiunile de: gust bun sau rău, greu sau ușor, mare sau mic. Ele reflectă progresele imense realizate, atît în percepția spațiului și timpului, cît și în cunoașterea calităților și defectelor, pe care copilul le proiectează asupra ființelor și lucrurilor care îl înconjoară. La această vîrstă, bagajul lexical este impresionant de diferit. Nu se pot trage concluzii pentru viitor, deoarece dezvoltarea ulterioară intelectuală și a limbajului nu depind de bagajul precoce de cuvinte. Un copil care aude cuvinte multe și variate în casă și de care se ocupă părinții posedă un bagaj lexical mai bogat decît cei care nu sînt îndemnați să învețe. Propozițiile se structurează puțin cîte puțin, dar sînt încă „agramaticale". Face „greșeli" în ceea ce privește succesiunea cuvintelor, nu le unește, nu pronunță prepoziții și conjuncții. Propozițiile sînt scurte.

Copiii de 3 ani, mai ales băieții, sînt zgomotoși. Multe gesturi, acțiuni sau întîmplări sînt însoțite de țipete sau de zgomote.

Între 2 și 3 ani, copilul devine conștient de persoana sa și de a altora; el vorbește de el însuși la persoana a treia: „Dă-i papă", „Oana vine" etc. De altminteri, părinții îi vorbesc încă numai cu prenumele lui; mai tîrziu i se vor adresa cu „tu".

605. **Comportamentul. a) Vîrsta întrebărilor.** Începînd din al 3-lea an de viață și continuînd și în anii următori, progresele limbajului sînt favorizate de așa-numita vîrstă a lui „de ce"? Prin răspunsuri răbdătoare la întrebările „ce este", „de ce"? etc., părinții vor contribui la crearea echilibrului său interior, siguranței de sine, și a unor progrese vizibile în capacitățile de comunicare și cunoaștere.

b) Imaginația devine mai vie și mai colorată. Se conturează diferențe individuale, în funcție de înzestrare și de mediu. Unii par să aibă o imaginație săracă, abia îndrăznesc să părăsească terenul realităților sigure, alții dau drumul fanteziei într-un mod foarte plastic și viu. La aceștia din urmă există o strînsă legătură între lumea simțurilor și lumea dorințelor, putînd duce la tot felul de povești, invenții etc. Unii părinți se sperie, văzînd în acestea o predispoziție la „minciună". Înaintînd în vîrstă, copilul se convinge că povestirile și relatările lui trebuie să fie adevărate. Dar pentru moment el nu poate face deosebire între realitate, fantezie, aparență și adevăr. Pentru copil, tot ce îl preocupă în interior, este real.

c) Prima fază de încăpățînare (numită astfel pentru a o deosebi de a doua perioadă conflictuală situată la 12—13 ani). Unii autori se întreabă dacă denumirea este fericit aleasă, deoarece „încăpățînarea" este adesea asociată cu o semnificație negativă. S-ar putea vorbi mai degrabă de o *perioadă de încercare sau de perseverare pentru consolidarea voinței care se trezește, subliniindu-se mai mult aspectul pozitiv al achiziției pentru dezvoltarea generală a copilului.* Reacțiile negative ale copilului într-adevăr devin mai frecvente, mai ales în ceea ce privește mîncarea, adormirea și deprinderea de a fi curat. Acest negativism se datorește greșelilor și mai ales rigidității părinților. După alți autori, copilul își manifestă foarte des încăpățînarea fără un motiv precis. S-ar părea că încearcă doar să constate cît de mult poate să se opună, să spună nu, să refuze de a face ceea ce i se cere. În realitate, pentru copil, este o problemă serioasă de afirmare a propriei personalități. S-ar părea că atunci cînd nu cedează și nu se supune altora, el caută să vadă dacă mai este iubit.

d) Spiritul „conservator". Strîns legată de perioada aceasta a „nu"-ului este tendința conservatoare foarte marcată a copilului, care poate îmbrăca forme hazlii sau de încăpățînare. Copilul manifestă o grijă exagerată ca totul să fie făcut la fel. Masa, îmbrăcarea, culcarea, curățenia „trebuie" să se desfășoare într-un anumit fel, cu același ritual. Mama trebuie să pună lucrurile la loc, deși el însuși nu arată o tendință marcată spre ordine. Cerințele copilului se adresează celor din jurul lui. Povestea care se spune la culcare trebuie reprodusă identic cu textul din ziua precedentă. În felul acesta, copilul verifică „corectitudinea" altora și savurează propriile sale cunoștințe. Uniformi-

tatea acestor acte reprezintă pentru copil un punct de siguranță, de căldură și de confort sufletesc.

e) Cel de-al treilea an de viață este atît de plin de **contradicții,** încît nu este de mirare că dificultățile enumerate mai sus nu pot fi depășite cu ușurință. Este necesară o mare răbdare și înțelegere din partea adulților. Cei mai mulți copii se dovedesc receptivi la laude sau critici. De asemenea, deși sînt conservatori, prezintă un viu interes pentru tot ceea ce este nou, pentru variație. Tandrețea și încrederea se succed cu momente de refuz total de colaborare, chiar de dușmănie. Dorința de a acționa independent cu orice prilej este din ce în ce mai netă; adesea afirmă „pot și singur".

606. Jocul este reflectarea, dar și stimulentul tuturor achizițiilor noi. Jocul poate fi colectiv. Totuși majoritatea copiilor de 2—3 ani preferă să se joace singuri sau cu adulții. Părinții trebuie să încerce să participe ca simpli tovarăși de joc, să nu se erijeze în conducători. Camera în care era obișnuit (chiar și apartamentul) nu-i mai satisface setea de mișcare și de spațiu. Parcul, curtea, grădinița îi oferă spațiul și celelalte condiții pentru a se desfășura (aleargă, se cațără, se tăvălește, se învîrte în jurul său pînă amețește). Dacă este ținut în unele zile în casă, devine arțăgos, brutal, nu mai doarme ca înainte, face zgomot, poate avea crize de plîns. Așezat pe un scaun mai înalt, își leagănă mereu picioarele, se răsucește în toate părțile. Tentativele de a-l obliga să stea liniștit sînt un fel de pedeapsă. Toți cei din casă sînt datori să „facă cu schimbul" la însoțirea sau supravegherea lui.

În activitatea de joc a copilului se înregistrează trecerea de la activitatea de jocmînuire la jocurile de imaginație, în care intervin simboluri elementare și se încorporează scheme de conduită. Copilul se preface că telefonează, citește, scrie, bea cu ceașca de cafea, adoarme ursulețul, face injecții mamei etc. Este un stadiu nou, deoarece comportă mai mult decît o simplă imitație. Mai întîi copilul este capabil să recunoască simbolul pe care-l reprezintă obiectul precum și utilizarea sa: telefon, carte, ceașcă etc. În al doilea rînd, copilul *se identifică* cu o persoană adultă, sau cu un frate sau cu o soră mai mare.

Are preferințe pentru unele povestiri, și cere să-i fie repetate. Devine sensibil la muzică, la ritm, la melodie, la cîntece pentru copii, la jocurile însoțite de muzică. Cîntați și dansați cu el.

Cu timpul, copilul caută din ce în ce mai mult societatea altor copii. Oricît ar încerca adulții, ei nu pot deveni un partener de joc potrivit copilului. Un copil se dezvoltă armonios și se educă în contact cu alți copii.

Supraveghere și îngrijiri

607. Educația. Cel de al 3-lea an cu contradicțiile sale solicită mult talentul pedagogic al adulților. Mulți părinți nu înțeleg adevărata problematică a vîrstei și intervin cu brutalitate (ceartă, bătaie) atunci cînd copilul nu ascultă, este încăpățînat. Părinții trebuie să-și pună problema dacă vor să crească un copil cuminte, docil, comod sau vor să-l ajute să se dezvolte și să se maturizeze corespunzător. *Se impune din partea tuturor adulților din familie o atitudine unitară, binevoitoare, răbdătoare, fermă. Nici severitatea exagerată, dar nici toleranța excesivă și alintarea nu-l pot ajuta. Acceptînd că reacțiile negative, manifestările încăpățînate (greșit etichetate ca egoiste sau anormale) nu sînt adresate părinților și nu ilustrează o lipsă de afecțiune, părinții au făcut primul pas spre înțelegerea particularităților acestei vîrste.*

608. Asistența medicală. Copilul sănătos trebuie examinat de patru ori pe an de către medic. După verificarea sănătății corporale (greutate, înălțime, achiziții motorii și intelectuale), se vor discuta în amănunt probleme legate de crearea cadrului material și psihic pe care-l poate oferi familia și care se potrivește copilului respectiv. Înainte de vacanțe, medicul va recomanda zona climatică ce convine mai bine copilului: mare, munte, deal. Vacanțele vor fi petrecute împreună cu părinții. Nu se vor face călătorii obositoare. Se vor face vaccinările (rapeluri etc.), conform indicațiilor de la dispensarul medical teritorial. Se continuă administrarea de vitamina D de 2 ori în perioada septembrie—aprilie.

609. Plimbarea zilnică a copilului de 3 ani este absolut necesară. În orașele mari, unde copiii trăiesc în apartamente, este o obligație elementară și zilnică de a scoate copilul la aer. Este ideal ca aceste „scoateri afară" să se facă în grădini și parcuri. Este încîntat cînd este dus de mînă sau purtat pe umeri. Terenurile de joc, arborii, florile, variația peisajului sînt elemente stimulatoare pentru copil. Prezența animalelor constituie o bucurie permanentă. Iarna, plimbările se vor face în grădina cea mai apropiată, unde sînt spații amenajate pentru copii. Primăvara, în zilele de sărbătoare, cu vreme favorabilă, copilul va fi dus într-un loc mai îndepărtat, de preferat o pădure neaglomerată, unde se poate bucura din plin de natură, sau la grădina zoologică pentru a vedea „pe viu" animalele.

610. Pericolul accidentelor și intoxicațiilor. Dintre accidentele întîlnite la această vîrstă cităm: electrocutarea, arderea cu fierul de călcat, opărirea (răstoarnă oala cu supă, cade într-un vas cu apă fierbinte), înțeparea cu diferite obiecte ascuțite, incendii produse cu chibriturile lăsate la dispoziția lor, închiderea în dulapuri sau frigidere (accident mortal prin sufocare), înecul (cada de baie la care, după ce intră, deschide robinetele și nu mai poate să iasă; piscine), intoxicații (vin, țuică, articole cosmetice, medicamente pe care le ia drept bomboane), inhalare de corpi străini în căile aeriene, intoxicații cu gaze de eșapament etc. Copilul nu va fi lăsat să se joace cu chibrituri, cu bricheta; nu are voie să umble la aragaz, prize, sobe cu gaze. Sub supravegherea părinților poate fi lăsat să stingă lumina, radioul, televizorul.

La plimbările prin oraș, copilul nu va fi scăpat niciodată din ochi, oricînd putînd să „o zbughească" pe partea carosabilă a străzii. Nu va fi lăsat în casă singur sau în „grija" fraților mai mari (de 7—8 ani) care, atenți la jocul cu alți copii, uită de fratele mai mic. În sfîrșit, un copil de 3 ani nu va fi lăsat niciodată singur în casă cu un frate mai mic. El nu are încă bine conturat sensul binelui și al răului, al pericolelor. Lipsa de control, instabilitatea psihică și motorie îl pot face să ajungă la acte ce pun în pericol viața celui mai mic.

611. Îngrijiri în creșă (vezi și punctul 597). Așa cum s-a mai spus, adulții ce îngrijesc copii din creșă trebuie să aibă multă răbdare și dragoste pentru copii, să fie calmi, cu o bună sănătate fizică și psihică. Orice acțiune ce se desfășoară sub ochii copiilor va fi însoțită de explicații. „Copii, acum mergem la baie", „Ne spălăm pe mîini cu apă și săpun"; „ne pregătim pentru masă", „ne jucăm cu mingea". Jocurile organizate în colectivitate sînt de trei categorii:

a) Jocurile de mișcare sînt foarte iubite de copii (mers prin tunel de mese, tîrîre prin tunel de scaune, alergare cu stegulețe, rostogolirea pe saltea, săritura cu mingea, mers pe scîndură dreaptă sau înclinată, tobogan etc.).

b) Jocurile de îndemînare manuală se încep încă din anul al doilea de viață: înșurubarea și deșurubarea capacului unei sticle; introducerea de bobițe de staniol într-o sticlă, înșirare de mărgele pe o tijă semirigidă; așezarea cuburilor unul peste altul în echilibru; diferite aranjamente de castane, sticluțe sau figuri geometrice; sortare de mozaic pe culori; lipituri, desene etc.

c) Jocurile de cunoaștere. Se prezintă un pom cu fructe, un brad împodobit, o pisică, un porumbel, o broscuță, o portocală, mere etc. Se va arăta obiectul natural sau animalul viu, pe care copiii să-l cunoască îndeaproape, să-l vadă în trei dimensiuni, să-l pipăie (în caz că se prezintă fructe vor fi gustate de toți, florile vor fi mirosite). La această vîrstă copilul nu înțelege abstract cum arată obiectul descris, cînd este prezentat pe o planșă într-un singur plan. La fiecare prezentare va răspunde la întrebări în ordine: ce este? cum este? ce are? (este un pom, un animal, o pasăre, o floare; este un măr, roșu, rotund, dulce; pisica are cap, corp, picioare, coadă, urechi). În momentul cînd copiii se plictisesc, se întrerupe jocul.

Se alternează jocurile între ele (mișcare, cunoaștere, îndemînare). Se pregătește din timp materialul didactic. Jocul se anunță dinainte. După terminarea jocului, copiii vor pune jucăriile pe etajere, în sala grupei, la îndemîna lor.

Controlul sfincterelor (formarea deprinderii de a fi curat)

612. Sugarul își golește vezica și intestinul de obicei imediat după ce a mîncat, mai ales în cursul primelor 8 luni de viață. Este posibil de a-l „dresa" să stea pe oliță de la 6—8 luni (punctul 528). Acest reflex poate dispărea în cursul erupției dentare, a schimbării unor obiceiuri și mai ales cînd începe să meargă nesprijinit (12—16 luni). Controlul sfincterelor la sugar *nu poate fi voluntar;* copilul nu poate folosi „conștient" olița decît începînd de la 15 sau 18 luni.

Primul semn al unui control voluntar se observă cînd copilul care vrea să urineze arată cu degetul olița. El își avertizează mama fără a-i lăsa timpul de a interveni. De abia între 18 și 24 de luni copilul previne la timp pe cei din jur și poate să aștepte mai mult pînă este pus pe oliță. La 2 1/2 ani unii își lasă singuri pantalonii în jos și se așază fără ajutor pe oliță, fiind mîndri de „performanță". *Controlul eliminării materiilor fecale se dobîndește în general înaintea celui al vezicii.* Cea mai mare parte a copiilor nu se mai udă decît accidental spre 2 1/2 ani. Fetițele dobîndesc mai devreme decît băieții deprinderea de a fi curate.

613. Factorii care intervin în deprinderea curățeniei sînt:

a) Maturația. Mecanismul controlului sfincterian este foarte complex și depinde de maturația sistemului nervos. În general, există o componentă familială: unii copii sînt mai precoce sau mai lenți decît alții în deprinderea curățeniei cum sînt și pentru statul pe șezut, mers sau vorbit. Enurezisul[1] se regăsește în mod obișnuit și la alți membri ai familiei. Orice copil trece prin stadii succesive: *evacuarea automată a vezicii* (sugarul mic); *conștiența plenitudinii vezicii* (copilul de 18 luni își avertizează mama); *antagonizează contracția mușchilor vezicii și reține urina* datorită mușchiului ridicător al anusului; stadiul cînd el *poate controla presiunea intraabdominală datorită diafragmului și mușchilor abdominali;* ultimul stadiu este cînd *copilul poate expulza urina sau întrerupe debitul, oricare ar fi plenitudinea vezicii.* Capacitatea vezicală a unui copil de 2 1/2 ani este dublă față de cea a unui copil de 2 ani.

[1] Emisiunea involuntară și inconștientă de urină.

b) Educația. Copilul învață să-și controleze vezica în parte prin imitație și în parte prin educație. Aceasta constă mai ales în a-l ajuta cînd permite dezvoltarea; dacă mama nu-i dă ocazia de a urina de prima dată cînd își anunță dorința, el va întîrzia în obișnuirea cu olița.

c) Condiționarea. Un sugar poate fi condiționat (provocat) să urineze prin contactul feselor cu marginile oliței. Dacă se pedepsește un copil că nu a folosit olița sau dacă este forțat să se așeze în timp ce vrea să alerge, el va fi „condiționat" să se împotrivească oliței, asociind formarea deprinderii cu o idee de pedeapsă.

d) Formarea eului și caracterului copilului. Începînd de la un an copilul este în plină perioadă negativă și orice încercare de a-l face să execute un act împotriva dorinței lui (îndeosebi „să facă" pe oală) se va solda cu un eșec. Unii copii sînt mai voluntari decît alții și seamănă cu părinții lor. Copilului îi place și se amuză cum toată casa se preocupă ca el să facă pe oală. Mama se așază lîngă el, îl mîngîie, îl lingușește și încearcă să-l convingă de a emite materii fecale în timp ce el este încîntat s-o refuze: olița îi servește de mijloc de locomoție, de jucărie sau de pălărie. Un copil poate să-și satisfacă eul său și nevoia de a atrage atenția și prin alte mijloace decît refuzul oliței. Momentul dobîndirii curățeniei coincide din nenorocire exact cu cel al contestării. *Cea mai mare parte a tulburărilor sfincteriene se datoresc faptului că se forțează copilul, iar copilul refuză să fie forțat.* Cererea oliței, fără să aibă nevoie, este un alt mijloc de a atrage atenția. Copilul descoperă repede că atunci cînd cere olița, mama lasă totul pentru a se ocupa de el. El reîncepe s-o ceară la fiecare cinci minute. Mama nu îndrăznește să-l refuze socotind că are nevoie într-adevăr de oliță și nu se va deprinde cu olița dacă ea nu aleargă imediat. Este exact că la această vîrstă o micțiune este urgentă și copilul va fi curat dacă se are grijă pentru aceasta, dar nu este ușor să știi dacă nevoia este reală sau dacă nu reprezintă decît o manevră de a atrage atenția. În ultimul caz, mama nu va lua în seamă cererea și nu se va deranja decît la intervale socotite convenabile. Dacă un copil urinează prea des, va fi consultat medicul.

e) Personalitatea mamei și lipsa de cunoștințe. Mama care este decisă să „dreseze" copilul prea devreme are toate șansele de a-l vedea refuzînd olița.

Mama nu-și dă seama de variațiile normale ale achizițiilor curățeniei și este dezolată să constate că copilul său este în întîrziere față de alții. Ea pedepsește pe copil, iar acesta reacționează refuzînd olița sau „udîndu-se". Este o greșeală din partea unor mame de a crede că reflexul condiționat al sugarului (contactul cu marginea oliței, zgomotul apei care curge etc.) este echivalent cu un control voluntar. Aceste mame nu înțeleg secvența normală a proceselor (punctul **a**) și reproșează copilului de a le fi prevenit prea tîrziu.

f) Stress-ul psihologic. Teama sau neliniștea pot întîrzia dobîndirea curățeniei și, în plus, pot duce — în timpul perioadelor critice — la pierderea controlului recent dobîndit. Copilul nefericit, care nu se simte în siguranță, poate reveni la vechile obiceiuri din cauza unei gelozii, a unei internări în spital, a unei dificultăți familiale sau a unui rigorism excesiv.

g) Lenea. De frica frigului, „curentului" sau dacă toaleta este prea departe, copilul preferă să „facă pe el" decît să iasă din pat.

h) Somnul adînc. Unii susțin (medici și părinți) că o parte din copiii care „fac" noaptea în pat au un somn adînc.

i) Factorii sociali. Micțiunile involuntare la unii copii peste vîrsta de 2 1/2 ani țin și de mediul familial nefavorabil: certuri sau delincvență la părinți, dificultăți materiale, nivel instructiv-educativ scăzut al părinților,

lipsă de preocupare pentru formarea deprinderilor igienice la copil, pedepsirea copilului, anxietatea părinţilor etc. Aceşti factori se asociază frecvent.

614. Controlul intestinal. Factorii care intervin în controlul sfincterului anal sînt aceiaşi ca în controlul vezicii. Vîrsta deprinderii de a elimina materiile fecale numai la oliţă este foarte variată. Unii copii o posedă foarte devreme şi o păstrează apoi, în timp ce alţii „fac pe ei" şi la 2 ani. Copilul de 18 luni trece printr-o fază de „coprofilie" (atracţie faţă de materii fecale) şi manifestă un interes considerabil pentru eliminările sale şi pentru toaletă. Copilul este încîntat să vadă interesul familial „centrîndu-se" pe fecalele lui şi descoperă că părinţii sînt neputincioşi nu numai în faţa refuzului lui de a mînca, dar şi în faţa refuzului lui de a face pe oliţă; în ambele cazuri el provoacă discuţii şi nelinişti. El are un moral excelent, pentru că el este mereu cîştigător. Capătă plăcerea unui „accident" sau îşi murdăreşte în mod voit chiloţii deîndată ce este lăsat să se ridice de pe oală. Factorii sociali joacă un mare rol în controlul sfincterelor şi, în general, în dobîndirea tuturor deprinderilor igienice.

*

Practic, spre 12 luni, părinţii îi vor pune oliţa lîngă pat şi-l vor aşeza pe oliţă pentru cel mult 10 minute, explicîndu-i la ce foloseşte. Dacă el vrea să plece de pe oliţă, nu va fi reţinut. Este de dorit ca el să ştie că există oliţa şi că părinţii sînt bucuroşi dacă el o foloseşte. În familiile unde există fraţi mai mari, se va folosi oliţa concomitent. Prin imitaţie, copiii cu fraţi mai mărişori şi copiii de creşă învaţă mai repede să se servească de oliţă. Copilul care poartă scutece multă vreme realizează mai greu cînd este ud sau uscat. Cînd poartă pantalonaşi, senzaţia de scurgere a urinii în jos pe picioare este neplăcută. Pe de altă parte, scutecele îi dau senzaţia că este tot mic. Impresia că este încă „mic" poate constitui un factor de întîrziere în a deveni curat.

Controlul vezicii urinare este mai tardiv decît controlul sfincterului anal. De abia după 18—20 de luni se ajunge la stadiul cînd copilul este capabil de a-şi frîna voluntar micţiunile. Pînă atunci, nu se va pune copilul pe oliţă la „ore regulate", ci numai atunci cînd apar semne că doreşte să urineze. „Uşurîndu-se" numai atunci cînd apar micile semne de dorinţă, copilul are o satisfacţie pe care niciodată nu ar fi resimţit-o dacă ar fi fost pus constant pe oliţă. Această satisfacţie este cel mai bun element de reuşită în obţinerea deprinderii de a fi curat. Va trebui să se aştepte încă 4—5 luni, pentru ca un copil să fie nu numai conştient de nevoia de a urina, dar să fie capabil de a cere să meargă la oliţă (spre 2 ani).

La început se cere atenţie şi promptitudine în acţiune cînd copilul semnalează nevoia de a urina sau a emite scaun (prin urlet), deoarece nu poate să aştepte. Această „urgenţă" diminuează apoi rapid; el va putea aştepta momentul propice (dezbrăcarea, aducerea oliţei). La puţin timp după ce s-au deprins cu curăţenia, copiii îşi reţin voluntar urina şi scaunul, nedorind să părăsească jucăriile sau să-şi întrerupă „ocupaţia". În aceste situaţii se pot produce „accidente" de scăpare. Preventiv, mama va avea grijă ca atunci cînd copilul este cufundat în joc să-i sugereze să meargă la oliţă.

În timpul nopţii copilul nu poate încă să se controleze; poate uda patul chiar în timpul unui somn scurt. Poate fi ajutat dacă este pus pe oliţă înainte de a fi dus să se culce. Cît timp se udă încă noaptea, i se pun scutece curate la culcare. Este mai bine să se pună scutece, decît să fie apostrofat cînd udă cearşafurile. Nu va fi trezit în cursul nopţii pentru a fi pus pe oliţă. El nu poate să se păstreze curat noaptea, pînă nu a ajuns la un control complet al sfincterelor în timpul zilei. De obicei, copilul devine curat şi noaptea la 2 1/2—3 ani (unii copii se scoală singuri noaptea şi urinează fără ajutor).

5

PREŞCOLARUL (3—6 ANI)

615. Creşterea. La această vîrstă se apreciază că *talia* normală a copilului este în jurul următoarelor cifre: 92 cm la 3 ani, 100—104 cm la 4 ani (îşi dublează lungimea pe care o avea în ziua naşterii), 106 la 5 ani şi 111 cm la 6 ani. Greutatea „medie" este: 13,5—14 kg la 3 ani, 15,8—16,4 kg la 4 ani, 17,5—18 kg la 5 ani şi 19—20 kg la 6 ani. Aceste cifre sînt pur orientative. Medicul este singurul care stabileşte dacă un copil creşte normal, calculînd după formule şi tabele speciale dacă există o corelaţie corespunzătoare între diferiţi parametri de apreciere a creşterii „armonice". Reamintim că talia unui copil depinde de factori complecşi, moşteniţi şi de mediul înconjurător.

616. Motricitatea. La 4—5 ani copilul mic a atins un grad de dezvoltare motorie care-i permite executarea de mişcări izolate, cu diferite segmente ale corpului, independent (de exemplu, mersul pe tricicletă). Îşi propune singur mişcări cu dificultate crescîndă: sărituri, căţărat, balans etc. Cu toate acestea, apare însă şi capacitatea de a sta liniştit pentru a colora, a modela din plastilină, a asculta poveşti sau a privi poze.

La sfîrşitul perioadei de copil mic a deprins îndemînări ca: folosirea periuţei de dinţi, a pieptenului, a ustensilelor pentru cusut. Majoritatea copiilor apucă şi mînuiesc bine un creion; liniile şi figurile desenate sînt tot mai bine făcute. Este capabil să taie cu foarfeca urmînd o linie dreaptă. La 3 ani, copilul urcă scările alternînd picioarele; la 4 ani face acelaşi lucru şi la coborîre. La 3 ani, numai o parte dintre copii pot sta un timp scurt într-un picior; de abia la 5 ani reuşesc să sară într-un picior şi să sară coarda.

Nevoia de mişcare este foarte mare, copilul este în veşnică mişcare, aleargă, face zgomot, este „neastîmpărat". Îi place uneori să facă treburi care-i solicită puterea şi este foarte încîntat cînd ridică sau poartă un obiect mai greu.

Pentru urmărirea motricităţii, între 3 şi 6 ani părinţii pot supune pe copii, sub formă de joc, la probe ca: a) **motricitate globală:** aruncarea unei mingi, prinderea unei mingi în mişcare, dacă şi cît se poate ţine pe un picior, sare într-un picior, merge pe călcîie sau pe vîrfuri înainte şi înapoi, urcă şi coboară

scările etc. (fig. 168); **b) motricitatea fină:** face un turn din 8 cuburi, face un pod din 3 cuburi, trage o linie verticală, copiază un cerc, copiază o cruce, copiază un romb, desenează un om din 3 părți, desenează un om din 6 părți (vezi și punctul 630).

617. Percepția. La 3—4 ani copilul se interesează de capacitatea funcțională a obiectelor, pe care le compară, le pune unele peste altele, le sortează după formă sau culoare, le demontează („le distruge", cum interpretează părinții) etc. Lucrînd cu plastilină sau cu cretă colorată, realizează forme simple, pe care le denumește apoi după aspectul lor exterior. Recunoaște succesiunea logică a anumitor acțiuni din desfășurarea programului zilnic, precum și legătura logică între obiecte și cuvinte.



Fig. 168 — Poate coborî o scară, ținîndu-se de rampă, dar pune încă ambele picioare pe fiecare treaptă.

La 5—6 ani experiențele tactile (pipăit) și motorii (mișcare), trec pe al doilea plan. Pe lîngă impresiile vizuale („vede tot"), capătă importanță cele acustice (este tot timpul „pe recepție", „trage cu urechea", „spionează", „demască tot", repetă expresii auzite de la adulți, copii etc.). Deosebește sunete de tot felul, fredonează cîntece simple și le însoțește de mișcări ritmice.

Începe să deseneze și să modeleze, încercînd să reproducă obiecte și acțiuni. Fantezia în folosirea culorilor și desenarea „formelor" unor obiecte, persoane sau animale, joacă (încă) un rol mai mare decît adaptarea la realitate. Spre sfîrșitul perioadei de copil mic apare tranșarea din ce în ce mai bună între imaginație și realitate.

Copilul privește activ și critic lumea înconjurătoare, dar și propriile lui performanțe. Dezvoltă spirit creator, face planuri, își fixează obiective și le urmărește consecvent. Are noțiunea timpului și a cantității. Poate număra pînă la 10.

618. Limbajul. Progresele intelectuale continuă cu o mare rapiditate. La 3 ani un copil se exprimă suficient pentru a fi bine înțeles. Între 3 și 6 ani, schimburile verbale cu toată familia se îmbogățesc și mai mult prin lărgirea relațiilor copiilor cu alți copii și cu educatoarele din grădiniță.

Substantivele și adjectivele se înmulțesc paralel cu progresele pe care le face copilul în contact cu realitatea înconjurătoare. La circa 3 ani copilul spune *EU*, se recunoaște deci la persoana întîi, ca un individ separat față de ceilalți. În același timp apar în vocabularul lui cuvintele *TU* și *EL*. Pentru el este accesibil numai ceea ce este concret; chiar numele unui obiect îi apare ca una din proprietățile sale. Noțiunea de timp este percepută încet. Treptat preșcolarul va înțelege ce este timpul devenind capabil să folosească verbele nu numai la prezent, ci și la viitor și imperfect. De îndată ce devine conștient de el, de cei doi părinți, de sexul de care aparține, el va folosi femininul și masculinul. Curiozitatea amestecată cu dorința de comunicare manifestate, cum s-a mai spus, prin întrebările: „De ce?", „Cum"? „Pentru ce?" și răspunsurile primite contribuie la îmbogățirea bagajului de cuvinte. Adulții sînt datori, ca pe măsura înțelegerii copilului, să-i răspundă cu cuvinte simple.

În timpul plimbărilor îi vor spune numele florilor, arborilor, statuilor, clădirilor mai importante, îmbogățindu-le vocabularul. Povestirea unor istorioare simple, răsfoirea în comun a cărților cu figuri, unele jocuri educative contribuie la mărirea bagajului de cuvinte. Puțin cîte puțin, copilul devine capabil să-și exprime prin vorbe gîndurile și impresiile sale. Astfel, ajunge ca la 6 ani să învețe să citească și să scrie limba pe care o vorbește.

În conduita lor generală și, mai ales, în timpul jocului, copiii nu mai sînt tăcuți. Băieții în special fac zgomot imitînd unele animale, personaje văzute în filme sau pe tovarășii de joc mai mari. Fetițele vorbesc cu păpușile: le mîngîie, le mustră, le instruiesc. Băieții țipă la camion, îl îndeamnă, îi dau ordin să pornească, să meargă, să se oprească. Toate aceste „verbalizări" (cum sînt numite de psihologi) sînt semne de mulțumire, de sănătate psihică, de spontaneitate. La copiii din familiile cu mai mulți copii, comunicările verbale sînt mult mai bogate, mai variate și pe înțelesul lor. Copilul unic la părinți, care nu poate să comunice decît cu părinții și cu bunicii, are dificultăți de adaptare la limbajul adultului. Grădinița este instituția care corectează această carență a mediului psiho-social al copilului.

Între 3 și 6 ani începe și *perioada cuvintelor și expresiilor grosolane*, triviale. Aceste cuvinte sînt împrumutate, în general, dintre cuvintele care desemnează funcțiile de eliminare („caca", „pipi") și ale reproducerii umane (înjurături etc.). Copilul le pronunță cu o satisfacție provocatoare. Uneori, cînd este furios sau nu i se îndeplinește o dorință, înjură și continuă cu toate grosolăniile culese de la copiii mai mari. Părinții sînt alarmați. După unii autori, grosolăniile se explică prin tendința de imitații. Copilul nu cunoaște sensul real al cuvintelor grosolane; dimpotrivă, el are un sentiment de putere, are impresia că a trecut în rîndul celor mari, exprimîndu-se și țipînd exact ca ei cînd sînt supărați. Este bine ca părinții să nu dramatizeze exploziile verbale ale copilului. Toți membrii familiei trebuie să-și controleze tonul și expresiile atunci cînd sînt supărați. Dezaprobarea copilului se va face cu tact. Adulții îi vor arăta copilului prin cuvinte simple, prin expresia feței, prin limbajul personal că nu sînt de acord cu astfel de expresii. Adesea, unii părinți „se distrează" și sînt mîndri de „cuceririle" verbale ale progeniturilor, încurajînd astfel „progresele" copilului pe această linie. Alții, din contră, dramatizează atît de mult, încît creează în copil un sentiment de vinovăție, ce-l complexează și-l pun într-un stadiu de inferioritate atît față de părinții perfecți, cît și în fața unor copii mai agresivi, cu o limbă slobodă.

Dificultăți de limbaj. Fără a minimaliza rolul factorilor neurologici și senzoriali, este important să se rețină influența capitală a condițiilor afective și relaționale. Rolul mamei este esențial. Dragostea și spontaneitatea sa reprezintă un stimul indispensabil în apariția și îmbogățirea limbajului copilului. Dezvoltarea limbajului depinde de asemenea de interacțiunea permanentă ce se stabilește între copil și adulții care-l înconjură. Dacă aceștia, prin lipsă de educație, de timp (acordat copilului) sau din alte motive restrîng stimularea verbală și „schimburile de vorbe" cu copilul, acesta va fi lipsit de elementele fonice și afective ce-i permit să-și construiască și să-și îmbogățească limbajul. Astfel de situații se observă în unele familii dezorganizate sau cu certuri intrafamiliale. Condițiile de viață modernă, lipsa de timp și surmenajul părinților sînt factori care contribuie la multe întîrzieri de vorbire. Grădinița are un rol important în corectarea unor deficiențe precoce de limbaj.

Trebuie știut de toată lumea că tulburările de vorbire au cauze foarte numeroase, cu prognosticuri foarte diferite. Diagnosticul precis necesită de obicei colaborarea mai multor specialiști: un neuropsihiatru, un oto-rino-laringolog familiarizat cu problemele de audiometrie infantilă, un pediatru și

un logoped. De foarte multe ori, diagnosticul nu poate fi precizat după un singur consult. Înainte de 3 ani, surditatea pretează la multe discuții. În momentul de față, cu ajutorul unei aparaturi moderne, la clinicile universitare de O.R.L. se poate stabili cu precizie gradul de tulburare organică a auzului. Dintre tulburările ușoare de limbaj la vîrsta de 3—6 ani se întîlnesc: o oarecare întîrziere de vorbire, dificultăți de pronunțare și bîlbîiala. Se va cere sfatul medicului.

619. Comportamentul social. În jurul vîrstei de *3 ani* interesul copilului este concentrat în mod evident asupra adulților care îi sînt parteneri și îi servesc de model. În contactul permanent cu aceștia, el învață să deosebească noțiunile de *eu* și *tu*. La început este încă foarte ascultător, deoarece adulții îi ușurează posibilitatea de a fi activ, îi oferă jocuri, mîncare; treptat însă tinde la dobîndirea independenței, încearcă să-și verifice capacitatea de *a voi*, *a putea* și *a hotărî* el singur. În acest context apar cunoscutele reacții de încăpățînare, dacă propriile dorințe vin în conflict cu hotărîrile luate sau impuse de adulți.

La 4 ani și-a stabilit în mare măsură o anumită independență și se adaptează (ajutat mult prin intermediul vorbirii) la programul zilnic. La această vîrstă copilul nu este ușor de dirijat, din cauza nevoii lui imperioase de mișcare. Pe de altă parte, cu toată dorința de a deveni independent, reapare mereu nevoia de a se întoarce la protecția adultului (de exemplu, cînd se ivește vreo dificultate sau cînd este obosit).

La 5—6 ani, comportamentul față de adulți este mai puțin grevat de conflicte decît la 3—4 ani. Copilul participă cu plăcere la activitățile adultului și se bucură cînd este încurajat că a făcut un lucru bun. Diferendele care apar pot fi lămurite prin intermediul vorbirii. Crește interesul și dorința de a se juca cu alți copii și de a-și măsura în mici competiții capacitățile și puterea. Începe să accepte reguli simple de comportare; cu timpul reușește să treacă propriile dorințe pe plan secundar, să respecte dorințele și chiar să caute societatea altor copii; formează grupuri restrînse de joc; preferă parteneri de joc de același sex. Încearcă să-și domine anturajul. La copilul singur la părinți se observă uneori o adevărată „luptă pentru hegemonie" cu bunicii. Se înfurie cînd nu i se fac poftele sau cînd este dominat în joc de alți copii. Nu-l mai potolesc laudele, are crize de mînie și tendințe la negativism.

620. Receptivitate și posibilități noi de cunoaștere.

A doua perioadă a întrebărilor ilustrează marea curiozitate, aviditatea după ceea ce este nou. Repetă tot timpul „de ce?", „pentru ce?", „cum se face?". S-ar părea că este mulțumit, cînd constată că i se răspunde cu răbdare și că nevoia de a întreba și a ști este luată în serios. Ceea ce dorește copilul nu este cunoașterea în sensul intelectual, ci sentimentul de certitudine, de călăuzire în lumea încîlcită care i se deschide în față. Unii adulți nu știu ce să răspundă la unele dintre întrebările copilului, încercînd să-i satisfacă curiozitatea cu logica lor de adulți (cu abstractizări de neînțeles pentru copil). Este nevoie de explicații simple, pe înțelesul copilului, cu noțiuni și exemple din lumea ce cade sub simțurile lui. Alți părinți se enervează de întrebările „plictisitoare" ale copiilor; este și mai grav, copilul simțindu-se singur și frustrat în dorința lui de a deveni „mare".

621. Raționamentul și fantezia. Din al 5-lea an, odată cu receptivitatea crescîndă a copilului, crește și raționamentul său. El se gîndește la cele auzite și învățate. Uneori, la mult timp după ce ascultă un basm, mama sau educatoarea se trezesc cu diferite întrebări, legate de acesta. Acum copilul se gîndește mult și încearcă să se exprime. Îi place și încearcă să imite

zgomotele animalelor, face rime ușoare, creează cuvinte etc. Imaginează povești noi. Cîteodată pornind de la evocarea unui fapt real, inventează peripeții; alteori, jucîndu-se cu un cal sau cu o mașinuță, își închipuie tot felul de aventuri. Îi plac poveștile în care eroii sînt animale, cărora le atribuie propriile lui sentimente. Gustul pentru poveștile cu zîne și pentru fantastic vine după vîrsta de 5 ani. Poveștile inventate de părinți trebuie spuse la fel, fără modificări. Binele, curajul, modestia și, în general, trăsăturile pozitive, trebuie să caracterizeze personajele iubite de copil. Poveștile cu strigoi, șerpi, lupi etc. duc la spaime, somn agitat, coșmaruri, izolare sau maternodependență. În epoca actuală, cu revoluția tehnică extraordinară, cu extinderea televiziunii și cinematografiei, se observă o transformare a preferințelor copiilor, de la grădiniță și pînă la școală. Pe puțini îi mai încîntă povești de felul „Alice în țara minunilor". Sub influența îndeosebi a televiziunii și a modului de viață al familiei din zilele noastre, poveștile pentru copii trebuie să aibă garanția că sînt sau pot fi reale, că sînt verosimile. Emisiunile de la televiziune din



Fig. 169 — Imitînd-o pe mama, dă de mîncare la păpușă



Fig. 170 — Poate turna apă într-un pahar, fără a vărsa pe jos

viața animalelor, desenele animate, ora copiilor etc. au luat în mare măsură locul poveștilor de odinioară.

Spre sfîrșitul celui de al patrulea an de viață, copiii ating apogeul activității imaginative, care reprezintă — pentru un observator mai atent — cheia „lumii dorințelor" copiilor.

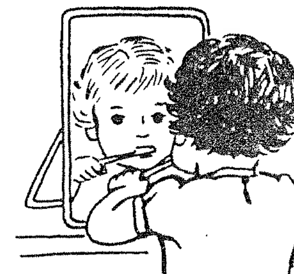


Fig. 171 — Se spală pe dinți.

622. Imitarea adulților. Copilul are tendința să înlăture toate îndoielile, prin victoria binelui asupra răului. Aceasta corespunde întru totul dorinței lui de a se comporta în așa fel încît să fie pe placul părinților, educatoarei, copiilor mai mari. Așteaptă totdeauna consimțămîntul și/sau lauda părinților. Încearcă să placă celor din jur. El imită pe adulți în jocurile sale „de-a mama și de-a tata", „de-a doctorul", „de-a milițianul" etc. În fantezia sa se vede adult și erou. Este mîndru de părinții săi și este în stare să plîngă sau să se bată dacă cineva ar spune ceva rău despre ei.

Copilul a constatat că este o ființă independentă. Acum încearcă să-și închipuie ce ar vrea să devină. Este logic să-și aleagă drept ideal pe cei din

imediata apropiere, presupunînd că părinţii nu se comportă atît de urît încît să nu poată fi acceptaţi de copil ca ideal de viaţă. Această *fază de identificare* durează cîţiva ani şi este în continuă schimbare. Identificarea cu părinţii întăreşte încrederea în sine a copilului. Încearcă să facă totul la fel sau mai bine decît ei. Aleargă cu ei şi se bucură dacă-i întrece. La 3—3 1/2 ani copilul şi-a însuşit noţiunile de „trebuie" şi „este permis". Uneori se laudă, exagerează, foloseşte cuvinte mari. Toate acestea sînt încercări de a fi ca adulţii. Se simte ca un adult şi ar vrea să beneficieze de toate privilegiile acestuia; să nu se culce devreme, să privească la televizor împreună cu toată familia, să meargă în vizite, să mănînce cu lingura mare, să bea din ceaşcă.

623. Identificarea cu alte roluri. *Teatrul.* Trecînd dincolo de identificarea cu părinţii, începe să manifeste un interes crescînd pentru toate rolurile. Îi place să se costumeze, jucînd roluri potrivite. Rolurile importante şi costumele sclipitoare sînt cele mai agreate. De la jocul „de-a mama şi de-a tata" copilul trece la altele, experimentînd tot ce poate fi şi face un om. După 4—5 ani vrea să joace şi alte roluri (de animale, pe care le priveşte prin prisma propriilor sale vederi şi dorinţi: „cine mănîncă, pe cine?"; „cine este cel mai puternic?"; „cine este iubit, apreciat?") sau de personaje din unele filme (Tarzan etc.).

624. În cursul celui de al şaselea an de viaţă, dezvoltarea copilului mic s-a desăvîrşit. Toate funcţiile motorii sînt stăpînite fără dificultate. Copilul poate executa voluntar toate mişcările, chiar şi pe cele mai fine şi mai complicate. Şi pe plan psihic şi spiritual se anunţă o perioadă de stabilizare şi armonie. Copilul învaţă să-şi dirijeze voinţa. Înţelege justificarea unor ordine, deşi continuă să întrebe mult „de ce", să se intereseze de urmările şi consecinţele posibile. Dar la această vîrstă devine posibilă o adevărată gîndire cauzală care-l ajută să înţeleagă motivaţia şi felul acţiunilor. Astfel copilul cîştigă un nou sistem de referinţe: el poate acţiona raţional, imaginea sa despre lume devine mai realistă, problematica mai palpabilă.

a) Gîndirea logică şi planificarea. Cel de-al şaselea an ar putea fi denumit faza de experimentare a acţiunilor planificate. Descoperă necontenit fapte şi legi care vin în contradicţie cu tendinţele impulsive şi voinţa lui. Cu puţin timp înainte, el credea că obţine lucrul dorit îndată ce şi-l doreşte. Acum descoperă că multe lucruri sînt inaccesibile şi imposibile; începe să gîndească, să aleagă şi să plănuiască.

În desenele lui vrea să reproducă lucruri „care există"; prezintă interes pentru construcţii, pentru desăvîrşiri. Se întîmplă des ca un copil să spună: „trebuie mai întîi să termin asta". Cel mai bine se evidenţiază acţiunile planificate în activitatea creatoare. Copilul se gîndeşte înainte, îşi programează ce vrea să deseneze, să modeleze sau să construiască, îşi caută mijloacele cele mai bune pentru a face un lucru cît mai perfect. Începe să înţeleagă valoarea şi posibilităţile banului.

b) Obligaţii şi responsabilităţi. Mulţi copii cer la această vîrstă să li se încredinţeze mici sarcini şi se bucură mult de aprecierea şi lauda ce li se aduce dacă au dat dovadă de inventivitate, înţelepciune etc.

Încrederea pe care o arătăm copilului reprezintă un stimulent puternic pentru dezvoltarea sa, care se va manifesta pozitiv odată cu şcolarizarea. Doreşte să înveţe să citească ceasul, literele alfabetului şi cifrele. Este bine ca această dorinţă să fie încurajată, dar copilul nu trebuie suprasolicitat.

c) Îndoieli şi critici. Începe să-şi manifeste unele îndoieli şi să exprime critici faţă de lucruri considerate pînă nu de mult ca fiind „bune". Părinţii nu trebuie să urmărească să menţină cu orice preţ credinţa în „moş Gerilă", „zîna din poveste" etc., cînd copilul lor a început să se îndoiască de ele. Adesea se întîmplă ca ascultînd o poveste să intervină cu remarci critice ca: „nu este posibil să alergi pe apă, te îneci!" etc. Începe să se manifeste şi spiritul autocritic. La această vîrstă, copilul începe să-şi aprecieze acţiunile, prevede de exemplu cum vor reacţiona părinţii: cu laude, cu critici sau cu pedeapsă. Jaloanele de interdicţii date de părinţi şi educatori, ca şi tot ce vede el la părinţi, fixează primele schiţe de conştiinţă şi devin linii directoare interioare ale propriilor sale acţiuni. Copilul înclină să accepte ca sigur valabile îndrumările date de părinţi sau de educatoare; aceasta face parte din realitatea nou descoperită şi îi conferă siguranţă şi sprijin.

Alimentaţia[1]

625. Cu excepţia băuturilor alcoolice, a mîncărurilor ardeiate sau piperate şi a unor conserve, copilul de 3—6 ani poate mînca aproape de toate. Unii nu sînt însă în stare s-o facă. Gusturile sînt limitate, unele alimente consistente le displac. Apetitul este foarte variabil de la un copil la altul: unii mănîncă orice, mult, de 5 ori pe zi (3 mese principale şi două gustări); alţii mănîncă numai de 3 ori pe zi; la alţii, cei din jur chiar se miră „din ce trăiesc". Ţinînd seamă de gustul şi apetitul copilului, dovedind înţelegere şi răbdare, se va evita lipsa de poftă de mîncare, frecventă la această vîrstă.

Copilul unic la părinţi, supraîngrijit, este ameninţat cel mai mult! Dacă i se fac toate poftele sau, dimpotrivă, dacă e forţat să mănînce, copilul ajunge să refuze totul sau să prefere numai un fel de mîncare. Un astfel de copil dus la grădiniţă sau într-o familie cu mulţi copii mănîncă „tot" şi „de toate".

Copilul este uşor sugestionabil la această vîrstă; boala adulţilor („dureri de stomac", regimuri restrictive) îi impresionează şi astfel încep să invoce suferinţele adultului şi să refuze să mănînce. Înainte de a apela la diferite medicamente pentru „poftă de mîncare", părinţii sînt datori să verifice dacă nu este vorba numai de greşeli din partea lor.

Supraalimentaţia constituie de asemenea un pericol. Obezitatea este determinată foarte rar de afecţiuni endocrine etc. De cele mai multe ori este vorba de un aport excesiv caloric prin *menu*-uri încărcate cu făinoase şi dulciuri.

Mîncarea copilului trebuie să fie variată (carne, lapte, brînzeturi, ouă, fructe, zarzavaturi) pregătită cu gust şi prezentată frumos. Copilul va fi obişnuit treptat să se spele singur pe mîini, să folosească singur lingura şi, de la 4—5 ani, furculiţa. În formarea deprinderii de a mînca singur şi corect adulţii au un mare rol: copilul îi imită pe aceştia. Supraprotecţia unor părinţi şi mai ales a unor bunici, de a „servi" şi a „îndemna" pe copil cît şi cum să mănînce, va întîrzia formarea deprinderii de a mînca singur şi se va prelungi masa în mod inutil.

Se pot da lichide atît între mese, cît şi în timpul mesei, cînd copilul solicită. În general, un copil are nevoie de cel puţin un litru de lichide pe zi (simple sau încorporate în alte alimente). Copilul va avea un pahar personal.

626. Orarul. *Masa de dimineaţă* se dă imediat ce copilul s-a trezit. În general, este la fel ca a adulţilor. La copiii obişnuiţi să se trezească de dimineaţă, se va da o masă mai consistentă (lapte simplu, cu cicoare sau cacao, precum şi o tartină din pîine cu unt şi cu miere sau dulceaţă), iar la cei care se trezesc mai tîrziu — o masă mai uşoară (1 pahar de lapte simplu sau fiert cu un făinos; ceai cu pîine). La copiii care primesc dimineaţa o masă mai

[1] Vezi şi punctele 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659 şi 660

consistentă (ou, şuncă presată), masa de prînz se va da mai tîrziu şi nu va fi aşa de abundentă.

Masa de prînz constă dintr-o supă sau ciorbă, urmată de o mîncare cu carne şi încheiată cu un fruct, compot sau o prăjitură. Mulţi copii acceptă şi mănîncă totul cu plăcere. Alţii se satură cu supa sau cu ciorba şi refuză felul al doilea, care de fapt este cel mai valoros din punct de vedere nutritiv. La aceşti copii, revenim cu sfatul nostru de a se începe cu felul al doilea mai consistent, iar supa sau ciorba să se dea cu ceaşca, în timpul mesei sau după masă. În lipsa cărnii sau a peştelui se vor da brînzeturi cu făinoase, zarzavaturi etc. La copiii mofturoşi se poate folosi sistemul: un sandviş preparat cu pîine tăiată în felii foarte subţiri, peste care se aplică friptură rece tăiată subţire, şuncă presată cu sau fără unt, un pahar de lapte rece şi fructe. Mulţi copii refuză supa şi pîinea: părinţii fac mare caz de acest lucru. Este mai bine să fie înlocuite cu altceva. S-a exagerat mult rolul supelor în alimentaţia copiilor!

Gustarea de la 10 dimineaţa este facultativă. Se dau alimente uşor de digerat. Gustarea de după amiază se va fixa în funcţie de pofta şi de preferinţele copilului, precum şi de ora la care se serveşte masa de prînz şi de seară (suc de fructe, un pahar cu lapte sau iaurt, o tartină sau o prăjitură de casă) (vezi şi punctul 581)

Masa de seară. Este bine ca la această masă copilul să mănînce *împreună cu toată familia.* Tatăl trebuie să facă tot posibilul să vină la timp acasă pentru ca cel puţin seara (la masă, culcare etc.) copilul să simtă comunitatea „MAMĂ-COPIL-TATĂ". Ca alimente se indică, îndeosebi, laptele sau derivatele (brînză, caşcaval, iaurt) şi se evită dulciurile şi prăjiturile de cofetărie.

Menu-ul va fi unic pentru întreaga familie: carne, lapte şi/sau derivate, legume, desert. Copilul mănîncă de toate şi la fel cu toată familia!

627. Deprinderea de a fi curat şi manierat la masă. Pînă la 3 ani se acordă o mare toleranţă în modul cum copilul reuşeşte să mănînce: varsă din linguriţă, ţine coada linguriţei cum poate, apucă cu degetele, varsă din ceaşcă sau din lingură cînd duce mîncarea la gură, face fărîmituri şi le aruncă pe jos, soarbe lichidele cu zgomot. Între 3 şi 6 ani părinţii nu trebuie să mai fie indulgenţi cu stîngăciile, mofturile şi indisciplina din timpul mesei. Desigur, nu este vorba de o schimbare bruscă de atitudine. Cu calm, fără ironii, fără moralizări, i se va arăta cum să ţină lingura şi să apuce ceaşca, cum să bea, să soarbă fără zgomot şi cum să mestece cu gura închisă. Toate succesele copilului vor fi lăudate; eşecurile nu vor fi prea sever condamnate. Este foarte important ca toţi membrii familiei să mănînce cu grijă: *„bunele maniere" nu se învaţă prin sfaturi, discursuri sau observaţii, ci numai prin exemple.* Dorinţa de imitaţie a copilului îl ajută să-şi însuşească indicaţiile celor vîrstnici. Insistenţele prea mari declanşează opoziţia bruscă a copilului. Astfel de incidente nu vor fi dramatizate. Dacă părinţii (şi îndeosebi bunicii) îşi vor schimba „metodele", cu timpul aceste reacţii vor deveni din ce în ce mai rare.

Hrănirea are şi un rol social, fiind o reuniune şi o comuniune între cei care o împart. Orele de masă în familie sînt ocazii de întîlnire şi de revedere a tuturor membrilor ei, prilej de schimburi de impresii, de descoperire reciprocă, de strîngere a legăturilor sufleteşti.

Multe *tulburări ale apetitului* copilului de la această vîrstă se explică prin greşelile ce se fac în legătură cu „ceremonialul" mesei: **a)** tensiunea nervoasă; **b)** proasta dispoziţie care transformă în corvoadă alimentară ceea ce ar trebui să fie o reuniune fericită; **c)** la masa comună i se dă copilului să mănînce altceva decît mănîncă părinţii; **d)** forţarea

copilului de a mînca după „prescripţiile" medicale (de exemplu, se refuză să i se dea să bea apă la masă); **e)** lipsa de confort a copilului (scaun prea scund sau prea înalt, masa prelungită, rigiditate în „manierele" părinţilor etc.); **f)** tentativa de a se purta discuţii pe care copilul să nu le audă, să nu le înţeleagă; **g)** mustrări făcute copilului pentru că „nu mănîncă frumos" sau „nu a fost cuminte în timpul zilei" etc.

Trebuie să i se formeze copilului obişnuinţa de a se spăla totdeauna înainte şi după fiecare masă, precum şi de a se spăla pe dinţi după fiecare masă. Nu este deloc greu dacă o fac şi adulţii din anturajul apropiat.

Probleme de somn

628. Programul zilei şi somnul. Programul zilnic al copilului de 4—5 ani este bine să fie adaptat la programul familiei şi/sau grădiniţei. Este de subliniat încadrarea treptată în colectivitate (prin intermediul jocului) şi marea importanţă a jocului şi somnului la această vîrstă (ca de altfel în întreaga copilărie).

Comparîndu-l cu o maşină, somnul ar echivala nu numai cu oprirea maşinii, ci şi cu recuperarea pieselor. Aşa se înţelege că somnul nu poate fi înlocuit cu nici o altă situaţie (care permite influenţe exterioare). „Somnul este un proces biologic prin care se realizează o inactivitate care asigură capacitatea de a redeveni activ" (Gesell).

Pentru părinţi, somnul copilului de la 3 la 6 ani este un test foarte bun, atît pentru starea de sănătate, cît şi pentru satisfacţia produsă de condiţiile materiale şi sufleteşti oferite de mediul familial sau de grădiniţă. La vîrsta de 3 ani copilul adoarme repede şi uşor. Se va respecta, în continuare „ritualul" cu care este obişnuit să adoarmă; cu o jucărie preferată, cu un mic cîntec. După 4 ani copilul vrea să adoarmă cu tatăl sau cu mama sa, cere să i se spună o poveste, vrea să vadă neapărat emisiunea preferată la televiziune sau să i se aducă jucăria sau obiectul de îmbrăcăminte primit recent.

Culcarea înseamnă despărţirea de părinţi. Trebuie să se facă totul pentru ca această despărţire să aibă loc într-o atmosferă paşnică, plăcută. Pînă la 5—6 ani, unii copii (mai ales copilul unic la părinţi) doresc să adoarmă cu uşa întredeschisă. Razele de lumină, zgomotul vocilor părinţilor îi dau un sentiment de siguranţă.

Culcarea copilului se va face obligatoriu între orele 19,30 şi 21 după vîrsta de 3 ani. Somnul din timpul nopţii este în general mai profund. Copilul doarme „dus", destins, cu faţa senină, cu respiraţie regulată, cu membrele relaxate, nemişcat. Durata somnului este variabilă. Cei mai mulţi copii dorm în timpul nopţii 11 sau chiar 12 ore, mai ales iarna.

Unii copii au un somn mai agitat, în cursul căruia se observă că îşi schimbă locul şi poziţia în pat, fac diferite strîmbături ale feţei, mişcări de supt, oscilaţii ale globilor oculari. Manifestările de mai sus ţin de temperamentul copilului, de unde incomodităţi (prea cald, prea învelit etc.) sau de perioadele de vis. Copilul se trezeşte mai tîrziu, dar totdeauna repede. Va fi deprins să aştepte să se trezească şi restul familiei. Pentru aceasta i se vor pune de seară 1—2 jucării preferate, cu care să se joace în pat. Unii se strecoară în patul fraţilor mai mari sau al părinţilor de îndată ce se trezesc.

Copilul nu va fi trezit din somn. Trezirea bruscă declanşează aproape totdeauna o stare de indispoziţie şi chiar de nervozitate, manifestate prin: ţipete, lacrimi, crize de furie, tristeţe, refuzul de a mînca. Dacă se va provoca în mod repetat scularea bruscă a copilului, se poate ajunge la tulburări permanente. La copiii la care este necesară scularea mai de dimineaţă şi la ore fixe (grădiniţă etc.), ora culcării de seară va fi cît mai devreme (ora 19),

iar familia va evita tot ce întîrzie somnul copilului: excesul de impresii (joc, vizite), starea de tensiune în familie, zgomotele, lumina prea vie.

Somnul de amiază (siesta) nu mai este indispensabil după vîrsta de 4 ani. Este bine să se asigure la orice copil, cel puțin o oră de repaus în pat, chiar dacă nu doarme.

629. Tulburările de somn sînt rare și puțin importante la preșcolar. Ele dispar de obicei spontan sau se ameliorează prin corectarea unor deficiențe în mediul de familie. Cînd sînt persistente, corespund unei revendicări din partea copilului (carență de sentimente sau lipsa fizică a mamei sau/și a tatălui).

a) Somnambulismul (stare de automatism inconștient, care se manifestă prin acte coordonate în timpul somnului: merge, face mișcări sau acțiuni fără participarea voinței (inconștiente), nu pune probleme la această vîrstă. Nu se cunoaște cauza: ar fi în legătură cu un sentiment de insecuritate sau cu o masă copioasă, luată tîrziu, înainte de culcare. Nu este necesar vreun tratament.

b) Spaimele încep adesea la 2—3 ani, cu teama de întuneric și de singurătate. Se pot amplifica și persista pînă la 5—6 ani. Copilul cere ca lumina să rămînă aprinsă; adesea, dacă i se pune un întrerupător la îndemînă (care-i permite să stingă lumina), nu se mai sperie. După $3^1/_2$ ani la unii copii apare frica de animale sălbatice; spre 5—6 ani (mai ales fetițele) se tem ca sub pat să nu se ascundă vreun individ periculos. La 6 ani copiii încep să se teamă de „umbre" sau fantome interpretate ca spioni, hoți, ucigași, strigoi etc., care se ascund după o ușă sau un paravan. Convorbirile necontrolate, comentariile despre evenimente neobișnuite, amenințarea cu internarea în spital, închiderea copilului într-o cameră au o contribuție însemnată în geneza acestor fenomene.

La copiii normali, cu părinți echilibrați, spaimele nocturne ale copilului sînt trecătoare.

c) Visele. După L.B. Ames, visul ar începe la copil spre vîrsta de 2 ani. Spre 3 ani, copilul începe să relateze vise ocazionale; se pare însă că el povestește imagini nu numai din vise, ci și imagini fantastice create de închipuirea lui. La circa 4 ani, expunerea viselor este amestecată cu istorioare și evenimente reale sau imaginare. Mulți autori consideră că relatarea viselor nu are baze solide decît spre 7 ani. Se consideră ca fidele numai visele povestite de copil spontan și imediat ce s-a trezit din somn. Copiii au de obicei vise cu animale fioroase ce-i urmăresc, cu femei sau bărbați uriți și deformați („baba-cloanța"). Temele sînt foarte variate. Ei se visează părăsiți în pădure, atacați și „mîncați". Foarte des visează că nu pot să alerge, că sînt prinși de către cineva, că nu se pot apăra. Aceste tipuri de vise se găsesc aproape la toți copiii și au o valoare simbolică: de teamă, de părăsire sau de despărțire, de pedepsire.

Visele urîte rare și coșmarurile izolate nu trebuie să neliniștească pe părinți: dacă se repetă, mai ales dacă revin cu aceeași temă, se va consulta pediatrul și psihologul, care vor cerceta cauzele profunde, pentru a indica mijloacele de a le corija.

d) Scrîșnirea din dinți și vorbirea în timpul somnului se întîlnesc adesea asociate. Aceste dezordini apar înainte de vîrsta de 3 ani și pot persista foarte multă vreme, fiind descrise și la elevi sau studenți. Vorbirea în timpul somnului este legată de starea de neliniște, de anxietatea copilului. Părinții consultă adesea pe medic, atunci cînd copiii scrîșnesc din dinți.

Se pare că scrîșnirea dinților ține cîteodată de unele caracteristici ale oaselor maxilare, iar uneori de unele tulburări cerebrale. În urma unui studiu

aprofundat K. Abe și M. Shimakawa au arătat că la copiii care prezentau una sau alta din aceste tulburări, unul din părinți o prezentau și la vîrsta adultă.

Îngrijiri

630. Din cele expuse mai sus la dezvoltarea motricității globale și fine, limbajului și sociabilității, preșcolarul trebuie să fie capabil de un minimum de „performanțe" care se răsfrîng asupra organizării programului și îngrijirii copilului.

a) *Începînd de la 3 ani:* se îmbracă cu ajutor, se joacă în grup, face un pod din 3 cuburi, copiază un cerc, își spune numele și prenumele, aruncă o minge, se ține pe un picior timp de o secundă.

b) *Începînd de la $3^1/_2$ ani:* se desparte ușor de mama sa, își știe sexul, înțelege și merge în trei direcții (înainte, înapoi etc.), sare pe loc și sare înainte.

c) *Începînd de la 4 ani:* își încheie nasturii, arată linia cea mai lungă, copiază o cruce, desenează un chip de om (în mod grosolan) din 3 părți, înțelege cuvinte cu opoziții („foame", „frig", „oboseală"), înțelege „pe", „înăuntru", „în afară"; sare pe un picior.

d) *Începînd de la $4^1/_2$ ani:* copiază un pătrat, desenează un omuleț din 6 părți, se ține pe un picior 5 secunde.

e) *Începînd de la 5 ani:* se îmbracă fără ajutor, se ține pe un picior 10 secunde.

631. Deprinderile igienice[1] reprezintă o componentă de bază în educarea și păstrarea sănătății. Este bine să se creeze premise (corespunzătoare vîrstei) prin care acțiunile de igienă să capete sens și plăcere. Pentru a ajunge la chiuvetă se va pune la îndemîna copilului un mic scăunel, care să aibă stabilitate. Obiectele personale de toaletă (săpun, burete, prosop, cremă, pastă de dinți, pieptene, perie, periuță de dinți) se așază pe o poliçioară corespunzătoare taliei copilului. Oglinda plasată la înălțimea potrivită îi permite să se privească în timpul efectuării deprinderilor igienice (spălat, pieptănat etc.) să-și desăvîrșească cunoașterea schemei corporale, și să se bucure de aspectul său îngrijit. Copilul va fi îndemnat să păstreze ordine între obiectele personale de toaletă și îmbrăcăminte.

Cu tact și calm se va instrui copilul ca începînd de la 3 ani să poată face următoarele:

— *să se spele singur;* într-un lighenaș pus pe o măsuță scundă sau pe o lădiță în camera de baie sau în bucătărie; în apartamentele moderne, după 4—5 ani va fi învățat să mînuiască robinetele și să se spele la chiuvetă;

— *spălarea după folosirea closetului și după joacă;*

— *folosirea apei și săpunului* din abundență;

— *să se dezbrace singur* — el poate să-și descheie nasturii, să-și desfacă șnururile și șireturile; scoaterea îmbrăcămintei de corp (tricouri etc.) se va face cu ajutor pînă la $4^1/_2$—5 ani;

— *să se îmbrace singur* (performanță pe care el o dorește);

— *să așeze în ordine* hainele;

— *să meargă singur la closet*; după „ce-și fac nevoile" (mai ales după scaun), unii mai au nevoie de ajutorul unui adult, deși ei ar dori să rezolve singuri și această „problemă". Noaptea, unii copii se scoală singuri pentru a merge la „oliță" sau la closet;

— *spălarea pe mîini și pe dinți* înainte și respectiv după masă;

[1] Vezi și punctele 661, 662 și 663, pag. 330—331

— *golirea completă a farfuriei*, punerea de o parte a veselei cu care a mîncat.

Dimineața, după ce se trezește, copilul se va scula din pat; lăsarea în pat îl predispune la lene. Dacă trebuie să plece dimineața devreme este bine să fie trezit cu blîndețe, din timp pentru a începe în tihnă ziua și a avea timp să mănînce liniștit. Personalitatea lui va fi subminată dacă mama sau bunica îi pregătește singură totul, sub cuvînt că nu este timp sau că este încă mic.

Bunele deprinderi se capătă acum. Dintre acestea, trebuie să se stabilească între copil și apă o „prietenie" care trebuie să dureze toată viața. Spălarea de dimineață trebuie să devină o plăcere. Tonul folosit de părinți, exemplul lor, temperatura apei, calitatea săpunului, condițiile de confort pentru spălare (temperatura din cameră, curățenia și ordinea din baie, obiecte de toaletă și spălat la îndemînă etc.) și evitarea pisălogelii sînt elemente care trebuie luate în seamă pentru a stimula pe copil ca toaleta de dimineață să devină o deprindere plăcută și permanentă. Toaleta de dimineață include nu numai spălarea mîinilor și a feței, ci și a jumătății superioare a corpului („de la brîu în sus") insistînd mai ales în zonele cu transpirație abundentă (subțioară, cutele gîtului). Spălarea pe dinți și pieptănatul părului sînt obligatorii. Spre 5—6 ani, unii copii ajung să facă un duș „de dimineață", care pe lîngă curățirea mai completă a corpului, are o contribuție și mai mare de călirea copilului și înfrumusețarea pielii.

632. **B a i a d e s e a r ă g e n e r a l ă**, în condițiile vieții moderne, este bine, să se facă zilnic. Pentru ca această baie să fie făcută cu plăcere, copilul va participa la deschiderea robinetelor și-și *va fixa el singur* temperatura și cantitatea apei din cadă, care nu trebuie să fie prea caldă (în jur de 36^5—37^5°C iarna și de 35°—36° C vara). Apa rece și „dușurile" (cu apă rece sau caldă) se utilizează cu acordul și plăcerea copilului. Începînd de la 5 ani, un copil trebuie să poată să se spele singur, este adevărat, sub supraveghere. Este bine ca baia să se facă înainte de culcare. În mediul rural, în timpul iernii, dacă baia zilnică nu este posibilă, se va face o „mare" baie săptămînală.

Nu se va folosi săpun iritant, cu leșie, prea decapant. Se preferă săpunurile „grase" care curăță fără a dizolva stratul fin de grăsime care protejează pielea.

Tehnica băii. După ce copilul a „intrat" în cadă va fi lăsat să se destindă în apă. Apoi va fi săpunit peste tot (sau dacă este destul de mare, o va face el însuși). Cu o perie de unghii se vor curăți bine unghiile de la mîini și picioare. După vîrsta de 4 ani copilul va fi obișnuit să folosească peria de baie care călește și face pielea moale. Se va începe încetișor, niciodată cu brutalitate. Se pornește de la gambe, genunchi și spate care sînt zonele cele mai puțin sensibile. Se periază în oval prin mișcări circulare pentru a activa circulația sîngelui. Se va folosi o perie moale din păr fin, din mătase sau plastic fin. După 6 ani se poate folosi peria din păr de cal. Fie că se spală prin simplă săpunire, fie cu o mănușă, fie — în sfîrșit — cu o perie, mama are datoria de a spăla bine, cu minuțiozitate și insistență pielea copiilor care la această vîrstă este plină de praf. O bună fricțiune (în apă și după baie) constituie și un tratament care este stimulant pentru copiii lipsiți de vigoare, dar în același timp și de potolire pentru cei nervoși. De îndată ce copilul iese din apă, va fi înfășurat cu un prosop mare uscat bine încălzit și puțin aspru (in, cînepă, frotir). Va fi șters de umezeală prin fricționare riguroasă și rapidă. După baie pielea copilului trebuie să fie roză, curată și moale. Apoi se curăță cu vată cutele pavilioanelor urechilor. Unghiile mîinilor se taie rotund, cele de la degetele picioarelor se taie (cu foarfeca sau cu cleștele) drept, fără a tăia deloc din colțuri; degajarea colțurilor poate antrena formarea de unghii încarnate.

Toaleta feței. Multe mame cred că pentru curățirea feței trebuie să săpunească, să frece și să-i facă să lucească, uneori să-i ungă. La mulți copii obrajii sînt ușor crăpați, aspri. Pînă la 5 ani fața copilului se spală cu apă obișnuită, cu sau fără săpunire fină; iarna se poate aplica seara o cremă cu lanolină în strat foarte fin, fără fricțiune (frunte, obraji, nas și bărbie). De la 5—6 ani, vîrsta cînd copilul își face el însuși toaleta și cînd pe față apar pete de cerneală, pix, creioane colorate, praf sau murdării acumulate în timpul jocurilor, săpunirea este necesară o dată pe zi, dar cu un săpun de bună calitate sau cremă de ras, care nu înăsprește pielea, apoi se limpezește de mai multe ori cu apă multă, curată. Cînd copilul ajunge să se spele singur, învățați-l cum să săpunească fața, cu mișcări fine, fără fricțiune viguroase și fără a-și introduce spuma în ochi. Nu-l certați dacă la început se spală ca „un pisoi" (gura, nasul și bărbia).

633. **Î n g r i j i r i l e p ă r u l u i.** Pînă la vîrsta de 4 ani este bine ca părul să nu fie lăsat lung. Pentru băieți, este un lucru ce se înțelege de la sine. Pentru fete poate reprezenta un mic sacrificiu. Pînă la 4 ani părul este foarte fin, fragil și se încîlcește ușor. La fiecare pieptănătură, se smulge o parte din firele părului. Este interzisă pieptănătura cu „coada de cal" pentru că firele de păr strînse și trase de un elastic devin din ce în ce mai rare, fine ca un puf în jurul frunții și tîmplelor. Aceste fire mai subțiri nu sînt, așa cum cred unele mame, fire de păr care se regenerează, ci păr bolnav, semn al unei boli numită „alopecia"[1] cozii de cal. Dacă o fetiță poartă multă vreme „coada de cal", părul ei nu va mai fi niciodată des și viguros. La fetițele pieptănate cu cărare, se va avea grijă ca după fiecare spălare să se schimbe locul cărării, pentru a nu da părului bucla definitivă.

Tunderea părului. Este necesar ca tunderea părului să fie făcută în direcția creșterii, efilînd vîrfurile și lăsînd ceafa liberă. Nu se tunde părul „pînă la piele" cu mașina de tuns pe ceafă și înapoia urechilor.

Periajul. Se aleg de preferință perii din păr de porc sau de cal (nu de nylon). Părul copilului se periază în fiecare seară, pentru a-l curăți de praful acumulat în cursul zilei. Se periază în toate sensurile, șuviță cu șuviță, iar la urmă se piaptănă în sensul creșterii naturale a părului

Spălarea părului. După vîrsta de 2 ani se poate folosi la spălarea săptămînală a părului un *șampon.* Utilizarea prea frecventă a șamponului riscă să-l usuce și să-l facă mai friabil. Cei mai mulți copii au părul normal (nici gras, nici uscat), iar folosirea unui șampon prost, a detergenților sau a unor săpunuri cu sodă multă, ar avea efecte nefaste.

Temperatura apei de spălare trebuie să fie potrivit de caldă, niciodată prea ridicată. Șamponul se diluează într-un pahar cu apă și se folosește în doi timpi. Părul va fi spălat și apoi clătit de mai multe ori și cu multă grijă. Ștergerea se face cu un prosop uscat și cald, fără a freca și fără a ciufuli părul. Uscarea se poate face cu un uscător de mînă reglat la temperatură medie. Pentru a descurca părul după spălare se va folosi de preferință un pieptene din os, nu de plastic. Pentru păstrarea unei culori frumoase a părului se recomandă o limpezire finală cu infuzie de mușețel.

634. **A e r u l, s o a r e l e și m i ș c a r e a** sînt factori de o importanță capitală în *călirea organismului* copilului. Trebuie făcut tot posibilul ca la o orice vîrstă, dar mai ales la vîrsta de preșcolar, copilul să nu stea în casă, ci să-și ducă viața în aer liber.

[1] Căderea părului, parțială sau totală; chelie.

Trotineta, tricicleta, mingea sînt potrivite pentru jocul în aer liber. Pentru ocupațiile „statice" se vor alege, cum am mai spus: cărți de colorat, decupat, jocuri de construcție simple, mozaic din plastic, loto cu imagini, jocuri cu mărgele, lucru manual (de cusut și țesut, pentru fetițe). Spre 6 ani se introduc jocuri cu cifre și litere.

Nu se vor dărui copilului multe jucării deodată, deoarece se plictisește. Se va oferi copilului un sertar dintr-o comodă, un cufăr, un raft dintr-un dulap unde să-și păstreze jucăriile. Va fi îndemnat (și supravegheat) ca după ce s-a jucat să le strîngă și să le pună la loc.

638. Sporturile.[1] Alături de alimentația corectă și de călire prin utilizarea factorilor naturali, sportul contribuie la dezvoltarea armonioasă a corpului copilului. Pînă la 6 ani copilul *nu este apt pentru sportul de performanță*, rezistența lui la efort sistematic fiind mică. La sfatul medicului pediatru, el poate fi dirijat spre unele forme de sport pe care să le practice sub formă de exerciții „de începător".

Înotul este autorizat înainte de 6 ani. Este un sport complex care solicită toți mușchii corpului, favorizează respirația, lărgind cutia toracică. Totuși, copilul înainte de 6 ani nu trebuie silit să învețe înotul dacă nu dorește.

Patinajul și/sau săniuța pot fi începute de la 4—6 ani. Patinajul favorizează suplețea, grația, stăpînirea gesturilor, curajul. Săniuța nu trebuie să lipsească din viața nici unui copil din satele și orașele noastre.

Schiul. Schiurile pot fi puse în picioarele copilului de la vîrsta de 3 ani, dar învățarea sistematică a acestui sport începe abia la 5—6 ani (cea mai bună vîrstă pentru aceasta se situează între 10 și 11 ani). Pe lîngă exercițiul fizic care solicită toate grupele musculare și articulațiile, antrenînd suplețea și siguranța în mișcări, schiul este legat și de beneficiul de aer curat, frig, soare, radiații ultraviolete, care contribuie la călire.

Tricicleta constituie la copilul de 3—4 ani unul din cele mai tentante jocuri. Curînd ea va fi înlocuită cu bicicleta (vezi cap. Școlarul, punct.672.)

Gimnastica este un veritabil sport care îmbină elemente de dans și acrobație cu exerciții la aparate (bară fixă, paralele, cal, inele, bîrnă), și dezvoltă: suplețea, agilitatea, grația, frumusețea corpului. Se poate începe la 6—8 ani atît la fete cît și la băieți. Singurul inconvenient al acestui sport este că se practică mai mult în sală.

Dansul. Copiii sînt foarte sensibili la muzică. Dansul ritmic se poate practica de la 3 ani. Pe lîngă efectele de „gimnastică corectivă" (pentru picior plat, abdomen mare, exercițiu de respirație), are un efect binefăcător asupra copiilor timizi, instabili, negativiști.

639. Alegerea unui animal de casă. Copiii iubesc animalele și sînt încîntați dacă părinții le autorizează prezența în casă. Prima condiție, ce trebuie respectată la alegerea unui animal de casă, este ca acesta să se potrivească particularităților căminului și situației familiei. Un considerent major trebuie să fie talia animalului ales și necesitățile sale de mișcare: un cîine de talie foarte mare este evident nepotrivit pentru un apartament sau o locuință de oraș cu grădină mică. O alegere potrivită pentru astfel de condiții o constituie un animal mic cum ar fi: o pisică, un cîine de apartament, un șoricel, un hamster, un cobai, un iepure. Un alt criteriu îl constituie costul de întreținere: un cîine mare poate fi o problemă, în timp ce întreținerea unui animal mic este mult mai lesnicioasă.

Problema care se pune *înainte* de alegerea și achiziționarea unui animal de casă este *responsabilitatea pe care o poartă întreaga familie* față de acest

[1] Vezi și punctele 666—679

animal, în creșterea, educația, asigurarea unui culcuș, a unei atmosfere agreabile. Copiii sînt încîntați adesea în a coopera la îngrijirea animalului și trebuie încurajați să vegheze asupra tuturor necesităților lui, dar greul și munca responsabilă și constantă va cădea tot pe umerii adulților. Copiilor mai mari le place adesea să simtă responsabilitatea deplină pentru protejatul și prietenul lor. *Vacanțele* pot fi problematice dacă animalul nu poate însoți familia. De aceea, *înaintea* alegerii trebuie verificat dacă există posibilitatea ca pe durata vacanței „odorul" poate să fie lăsat în grija cuiva. Tot înainte de alegerea animalului se va cere sfatul medicului pediatru care va avea în vedere criteriul vîrstei potrivite a copilului, și eventuale stări patologice (alergii).

Animale de casă cu răspîndire largă sînt: cîinele, pisica, hamsterul, iepurii, cobaiul, canarii, papagalii mici, peștișorii etc.

Animale neobișnuite ținute în casă: gîsca, găina, șoricelul, papagalii mari, corbul cioara, porumbeii, broasca, diferite insecte *(vivarium)* etc.

Grija de zi cu zi față de animal contribuie la educarea copilului, dezvoltînd simțul de răspundere. Partea cea mai valoroasă în a avea un animal este că oferă copilului o alternativă de investiție afectivă și se suprapune unei nevoi instinctive de îngrijire, creștere.

Copilul poate fi martorul (într-un mod foarte natural) al ritualurilor nupțiale și al nașterii puilor. Mai mult, experiența pierderii sau a decesului prietenului-animal ar putea fi un ajutor în trecerea peste durerea provocată prin pierderea celor dragi — peste ani. Pentru copilul unic la părinți, un cîine mic sau o pisică rezolvă parțial nevoia de joc, de mișcare și de contact social.

În foarte rare cazuri animalele crescute în casă reprezintă o amenințare pentru copil. Se recomandă ca animalul să fie examinat la achiziționare și periodic de un medic veterinar. Dintre bolile transmise de animale cele mai frecvente sînt unele urticarii, alergii respiratorii, verminoze, parazitoze ale pielii și intestinale; mai rar pot transmite boli ca: boala ghearelor de pisică, turbarea, toxoplasmoza, ornitoza, psittacoza, salmoneloze, colibaciloze. Pieptănatul, protecția împotriva paraziților (purici, căpușe) pot preveni în mare măsură apariția unor afecțiuni la copil. Mai periculoase sînt contactele copilului cu excrementele animalului, fapt pentru care instruirea animalului de casă pentru curățenie este esențială. Față de animalele care mușcă, copiii trebuie instruiți să nu se „tutuiască" cu ele. Animalele trebuie vaccinate conform legilor în vigoare.

640. Autoritatea părinților se mărginea altădată la a da ordine care nu țineau seama de personalitatea copilului. În zilele noastre, revendicările unor psihologi în favoarea copilului au fost adesea greșit interpretate, încît unii educatori au considerat că nu trebuie nimic poruncit și nici interzis copilului (s-a creat chiar un curent de „educație antiautoritară"). Conduita corectă este la mijloc: copilul trebuie, într-adevăr respectat în nevoile lui esențiale, dar în același timp este necesară o autoritate vigilentă pentru a-l învăța limitele puterii sale, a deveni disciplinat în vederea unei inserții sociale eficiente. Principalul sfat dat de psihologi vizează formularea ordinelor: *ele trebuie să fie totdeauna clare și precise, să fie pe înțelesul copilului, să nu fie retrase.*

Recompense și pedepse. Recompensa nu trebuie înțeleasă într-un sens restrîns (dacă va face un anumit lucru sau va fi „cuminte", va căpăta o prăjitură), pentru că ar duce la un comportament condiționat. Atmosfera sănătoasă, echilibrată, destinsă în familie, cu mici festivități vesele, organizate spontan, reprezintă cel mai bun stimul pentru comportarea „corespunzătoare" a copilului. *Pedeapsa* este indispensabilă pentru unii copii care au comis o faptă interzisă. *Nu sînt necesare* pedepsele corporale; copilul resimte

mult mai dureros retragerea afecțiunii și indiferența părinților. Pedeapsa dreaptă și adaptată greșelii îl liberează pe copil de sentimentul de vinovăție. Pe de altă parte, pedepsele inutile, „descărcarea“ nervilor unui adult, precum și orice act de nedreptate, nu sînt uitate niciodată de copil.

Sînt interzise: **a)** amenințarea cu bătaia, fără a o aplica vreodată; **b)** a interzice copilului să mănînce (ca măsură disciplinară); **c)** a speria copilul cu povești de groază; **d)** a promite o pedeapsă pentru mai tîrziu (copilul uită delictul!); **e)** a promite o recompensă și a nu respecta promisiunea făcută etc.

641. Grădinița. Vîrsta la care un copil poate frecventa grădinița se va stabili după un consult cu medicul pediatru și — eventual — cu psihologul de la dispensarul policlinic. Admiterea la grădiniță se va face în funcție de: **a)** gradul de maturitate fizică și neuropsihică; **b)** starea de sănătate; **c)** mediul familial; **d)** adaptarea cu colegii de grădiniță și cu educatoarea.

Copilul care frecventează grădinița se deprinde să se scoale la ore fixe, să aibă un program ordonat al zilei, să se îmbrace și să se dezbrace singur. Programul de instruire („lecțiile“) îl pregătește în vederea școlarizării, iar disciplina și viața în colectivul de copii acționează pozitiv în sensul socializării lui.

Pot fi descoperite acum unele tulburări ușoare trecute cu vederea pînă la frecventarea grădiniței: dificultăți de atenție, de concentrare, neîndemînarea, memoria deficitară, dificultăți în înțelegere, defecte de vorbire, tulburări ale auzului sau văzului. Unele din aceste deficiențe pot fi corectate pînă la intrarea în școală.

Pentru formalitățile de înscriere la grădiniță se va apela la cadrele din dispensarul teritorial.

6

COPILUL ȘCOLAR (7—16 ANI)

642. Cu al 7-lea an de viață începe vîrsta de școlar. Dezvoltarea fizică, motorie și psihică a atins într-un fel un apogeu. În al 6-lea an de viață încep unele *modificări în proporțiile diferitelor segmente corporale* care însoțesc în salt creșterea staturală. *Membrele* superioare și inferioare devin mai lungi în comparație cu trunchiul și mai musculoase. *Toracele* se turtește antero-posterior. *Abdomenul*, mare, proeminent la copilul mic, se aplatisează de asemenea, se schițează talia. Lățimea umerilor începe să depășească pe cea a șoldurilor. Gîtul devine mai lung și mai subțire. *Fața* este de asemenea supusă unor modificări: fruntea mare și bombată, la copilul mic, nu mai este atît de dominantă la școlar. Nasul se efilează. *Maxilarul inferior* crește vizibil, bărbia devine mai proeminentă. Începe schimbarea dentiției de lapte cu dinții definitivi.

643. Motricitatea. În timpul și imediat după aceste transformări ale staturii, copilul este neîndemînatic și neliniștit ca și cînd ar trebui să se adapteze (funcțional) la noua formă a corpului și să-și ordoneze din nou mișcările. Curînd însă, el este capabil și doritor să execute performanțe de putere și de abilitate motorie, pe care le manifestă în jocuri, la gimnastică. Astfel raza lui de acțiune se mărește considerabil în comparație cu copilul mic.

644. Perioada de transformări fizice este dublată de *modificări esențiale de ordin psihic.* Odată cu școlarizarea trăiește și sesizează noi forme de relații interumane. Aude despre întîmplări sau griji și preocupări din afara propriei familii și începe să întrevadă multitudinea de aspecte ale vieții. Regulile din colectivitatea de copii capătă o importanță deosebită pentru el. I se atribuie funcții sau roluri în cadrul colectivului pe care le îndeplinește cu ardoare. Acest proces de dezvoltare psihică reprezintă o solicitare mare pentru copil; de aceea nu e de mirare că în această perioadă copilul se află într-o stare aproape continuă de tensiune psihică ce se descarcă adesea prin reacții violente (izbucniri în plîns, furie, clovnerii etc). Trezirea interesului pentru sexualitate, întrebările, nu totdeauna exprimate, despre rolul sexului opus, despre căsnicie, procreare, naștere etc. contribuie la accentuarea tensiunii interioare.

După 7 ani împliniți mișcările devin viguroase, armonioase. Încep să se contureze predilecții intelectuale pentru anumite domenii: tehnică, biologie, istorie, muzică, sport etc. Emisiunile de radio și TV capătă importanță. Anii

de la începutul pubertății constituie o perioadă de dezvoltare relativ constantă din punct de vedere fizic și spiritual.

645. **Pubertatea** se întinde pe o perioadă de mai mulți ani, avînd o mare variabilitate individuală. În mare la fetițe începe la 11—12 ani, iar la băieți la 12—13 ani. Este însoțită de un nou puseu de creștere, mai ales al membrelor superioare și inferioare. Apariția celor mai importante semne fizice de pubertate sînt redate în tabelul 6.1.

Tabelul 6.1

Instalarea în timp a principalelor semne de pubertate

Vîrsta în ani	Fete	Băieți
10—11	— apar mugurii mamari *(telarha)* — lățirea bazinului	— începe creșterea testiculelor
11—12	— începe creșterea în înălțime — apare pilozitatea pubiană *(pubarha)*	— mărirea tranzitorie a glandei mamare, adesea unilateral, uneori dureroasă
12—13	— rotunjirea sînilor — pigmentarea mameloanelor — apare pilozitatea axilară	— începe creșterea în înălțime — apare pilozitatea pubiană
13—14	— prima menstruație *(menarha)*; la început ciclu neregulat, fără ovulație	— creșterea accentuată a testiculelor și penisului
14—16	— menstruații regulate, cu ovulație	— schimbarea vocii — pilozitate axilară — spermatozoizi maturi

Închiderea (osificarea) zonelor de creștere epifizare și încetarea creșterii:
— la fete 16—17 ani
— la băieți 17—19 ani

Din punct de vedere psihic, pubertatea este o perioadă plină de tensiuni și de probleme, în care prieteniile, antipatiile, speranțele și temerile sînt trăite cu o intensitate deosebită și sînt prelucrate în mod diferit. Nu rareori, se înregistrează reacții de antipatie față de școală și de profesori, însoțite de scăderea randamentului școlar, sau atitudine excesiv de critică față de părinți, chiar *îndepărtarea* de aceștia.

Instalarea *maturității sexuale* reprezintă sfîrșitul copilăriei propriu-zise și face trecerea spre adolescență.

646. **Sănătatea.** Școlarul este sănătos, dacă se bucură de o *igienă corectă, de o alimentație echilibrată, de o muncă ce i se potrivește facultăților sale fizice și intelectuale, de viață în aer liber, de spațiu și de sport.* Dacă lipsește unul din acești factori, echilibrul este perturbat și sănătatea copilului șubrezită.

Examene medicale. La școală se fac examene medicale periodice (examene de bilanț) cu scopul de a supraveghea creșterea copilului (măsurări, cîntăriri) și de a depista eventuale anomalii. Se urmărește efectuarea la timp a vaccinărilor.

Părinții față în față cu școlarul

647. Condiția indispensabilă a împlinirii copilului este sentimentul de a fi în securitate și iubit. El trebuie să simtă că i se oferă tandrețe consecventă, că se acceptă rezultatele de la școală (chiar dacă nu sînt totdeauna strălucite) și caracterul său (oricît de dificil ar fi).

Dacă părinții școlarului mic dau dovadă de înțelegere, țin pasul cu achizițiile lui, îl încurajează cu afecțiune (niciodată nu va fi mustrat cu mînie!) și îi atribuie progresiv independență, vor constata că el va accepta cu ușurință, normele de disciplină și ale procesului de învățămînt.

La școlarul mic este încă foarte pronunțată dorința de a fi pe placul celor mari (părinți și dascăli). Ambițiile părinților pentru copilul lor trebuie să fie în limite rezonabile, pentru a nu-i cere mai mult decît îi permite nivelul lui intelectual. Solicitările la care el nu face față îi dau un sentiment de insecuritate. Criticile aspre, pisălogeala, batjocura, comparațiile defavorabile sau pedepsele nu stimulează pe copil în a învăța. Pe de altă parte, se vor evita laudele excesive care pot duce la teama de eșec.

Trebuie să se cultive la copil bucuria de a învăța, de a descoperi, de a crea. Această trăsătură există în el; a exersat-o în primii 6 ani ai copilăriei sub forma jocului. Odată cu școlarizarea ea este canalizată spre alte scopuri. Copilul trebuie „învățat să învețe". Dincolo de a deprinde să citească și să socotească, a învăța înseamnă să aibă o activitate dirijată, să amîne satisfacția propriilor dorințe și să lucreze pentru scopuri mai îndepărtate.

Copilul trebuie să învețe să fie perseverent, să capete gustul lucrului bine făcut. Va fi încurajat să încerce mereu și să repete, ajutat de părinți în mod discret, pentru a se evita insuccesul. Pe măsură ce se desăvîrșește maturația, școlarul va dobîndi gîndirea logică, va învăța să aprofundeze un subiect, să stabilească analogii, diferențe, cauze și efecte, să caute explicații. Va deveni capabil să gîndească critic despre ceea ce citește sau vede în jur, despre ceea ce spun și fac părinții. În această perioadă părinții se vor abține de a-l trata de sus, prea autoritar. În raporturile dintre părinți și copii este bine să fie un „dialog" permanent, adesea ca de la egal la egal. Asemenea relații se răsfrîng favorabil atît asupra atmosferei din familie cît și asupra randamentului școlar.

648. **Ambianța familială.** Copiii din familii bine închegate și cu nivel intelectual corespunzător învață mai bine decît colegii cu aceeași dotare intelectuală dar care provin din familii „cu probleme". Dintre factorii care influențează randamentul școlar amintim: interesul familiei pentru instrucția școlară, ocaziile oferite copilului pentru a-și îmbogăți cunoștințele și experiențele în afara casei și a școlii, încurajarea în muncă, stimularea pentru a citi cît mai mult.

Este important ca părinții să țină *legătura cu școala* pentru a fi la curent cum se desfășoară copilul la școală și pentru a evita absenteismul. Absenteismul „nemedical" crește cu vîrsta. De cele mai multe ori se datorează neglijenței familiei.

649. **Condiții de lucru.** În măsura în care este posibil se va asigura copilului o cameră sau un loc unde să-și așeze cărțile și să-și facă lecțiile în liniște. Pentru a putea lucra concentrat se vor evita: întreruperea lecțiilor pentru treburi casnice, zgomote de fond (radio) sau vizionarea concomitentă a programelor TV. Copilul va fi îndemnat să-și facă lecțiile într-un anumit interval de timp pentru a se putea dedica și altor ocupații (jocul este încă o necesitate la școlar!), pentru a se plimba sau pentru a ajuta în gospodărie. Copiii care stau mult deasupra caietelor de teme și cărților nu sînt și cei mai buni elevi! Ei nu s-au deprins să învețe sistematizat; trebuie controlați și îndrumați de părinți.

650. **Randamentul școlar** nu e totdeauna egal cu gradul de înzestrare al copilului. Un copil inteligent dar nefericit lucrează greu la școală. Altul, mai puțin dotat, dar foarte harnic și disciplinat are note bune. Unii copii gîndesc mai încet și se blochează dacă profesorii îi „iau mai repede", alții nu se pot exprima, chiar dacă raționează bine. Sînt și copii neastîmpărați

sau visători, sau leneşi. Lenea se poate întîlni la copiii care „prind prea uşor" şi care nu mai cred că este nevoie să înveţe; ea poate fi însă şi o trăsătură de caracter, rezultatul influenţei unor colegi sau lipsei de stimulare din familie.

Copiii cu infirmităţi sau cei cu boli cronice care-i „exclud" parţial din colectivul clasei sînt adesea ţinta ironiilor colegilor, se autoizolează şi devin timizi.

Părinţii şi cadrele didactice le pot găsi cauza şi le pot — uneori — remedia, înainte de a mustra pe copil „că ar putea face mai mult".

651. **Dificultăţile şcolare** sînt consecinţele fie unui handicap fizic, fie a unor dezordini afective.

Handicapurile fizice care împiedică şcolarizarea sînt numeroase. Dintre acestea amintim: debilitatea mintală, instabilitatea psihomotorie, insuficienţa auditivă (surditate sau hipoacuzie), tulburări de vedere (miopie, presbitismul, ambliopia), tulburări de vorbire, infirmităţi motorii (neurologice, sechele după accidente etc.).

Tulburările afective pot exista într-un ansamblu de tulburări de comportament. Ele pot coexista ca o motivaţie reacţională la un copil care prezintă unul din handicapurile precedente. Opoziţia faţă de şcoală se manifestă prin dezinteres (adesea asociat cu turbulenţă), prin lentoare la lucru, prin scris de mîntuială, caiete prost întreţinute şi mîzgălite cu pete de cerneală, prin teme nefăcute sau neterminate. Părinţii trebuie să ducă un astfel de copil la medic şi psiholog care stabilesc dacă dificultăţile şcolare sînt consecinţele unei infirmităţi fizice sau sînt pur psihologice. Dintre numeroasele probleme afective ce pot duce la eşec şcolar enumerăm numai cîteva: a) atitudini educative contradictorii, incoerente, variabile la părinţi, lipsa de unitate de vederi sau inconsecvenţă; b) neînţelegeri grave în familie cu părăsirea bruscă a căminului de către unul din părinţi; c) preocuparea inegală a celor doi părinţi: unul autoritar, posesiv, celălalt şters, depreciat „inexistent"; d) o gelozie faţă de o soră sau un frate; e) schimbarea frecventă a şcolilor; f) lipsa de preocupare a familiei pentru cărţi şi ocazii de a se instrui (o familie care se interesează numai de fotbal şi de cîntăreţii la modă nu incită deloc pe copil la învăţătură etc.).

În încheiere am ţine totuşi să dăm cîteva exemple de copii etichetaţi ca „întîrziaţi", cu dificultăţi la învăţătură, care ulterior au devenit celebri: Louis Pasteur (elev mediocru care învăţa lent), James Watt (considerat mărginit şi stupid), Charles Darwin (puţin isteţ şi recunoştea singur că gîndeşte lent), Lev Tolstoi (nu putea şi nici nu voia să înveţe).

652. **Copilul supradotat.** Într-o lucrare recentă „Études génétiques sur le génie", Catherine Morris Fox schiţează biografiile a 300 genii istorice. Pe baza performanţelor intelectuale şi a aptitudinilor manifestate de aceste genii în timpul copilăriei lor, autoarea a evaluat coeficientul lor de inteligenţă (QI). Exemplificarea cuprinde printre alţii: 100—110: Copernic, Faraday; 110—120: Cromwell; 120—130: Bach; 130—140: Rousseau; 140—150: Keppler; 150—160: Tennyson; 160—170: William Pitt; 170—180: Voltaire; 180—190: Goethe; 190—200: John Stuart Mill. Din biografiile acestor genii rezultă că toţi au primit din partea familiei şi apoi a profesorilor lor un învăţămînt intensiv şi precoce. Fiecare dintre ei a trăit într-un mediu extrem de activ. În loc să stea cu mîinile încrucişate aşteptînd ca un astfel de copil „să se coacă", părinţii acestor genii au exersat înzestrarea de la natură a urmaşilor lor de la o vîrstă fragedă. Dintre geniile româneşti am vrea să amintim pe George Enescu, ai cărui părinţi s-au ocupat de el încă din perioada de preşcolar şi şi-au dedicat întreaga existenţă creării de condiţii optime de studiu pentru desăvîrşirea acestui geniu înnăscut.

Subliniem că şi un copil dotat poate pune probleme la învăţătură. El se poate lenevi pentru că învăţătura de la şcoală nu-l interesează sau i se pare uşoară, se plictiseşte sau visează şi sfîrşeşte prin a obţine note mici. El se simte izolat pentru că nu găseşte pe colegii lui interesanţi; cu unii profesori poate avea contacte dificile din cauza originalităţii sau a spiritului său creator care îl fac să refuze să-şi facă temele obişnuite, preferînd să se ocupe de subiecte din afara programei şcolare. Unii copii înzestraţi pentru o anumită materie de învăţămînt, sînt mai puţin competitivi la altele; ei reuşesc mai puţin bine decît ceilalţi colegi în exerciţii fizice şi au un comportament social dificil.

Alimentaţia

653. Se ştie că hrana influenţează hotărîtor dezvoltarea fizică şi intelectuală a individului. Carenţa îndelungată de proteine în copilărie frînează dezvoltarea anumitor potenţiale fizice şi psihice. Excesul alimentar nu creşte capacitatea şi randamentul fizic sau intelectual, ci duce doar la formarea unui strat grăsos excesiv, nedorit. Copilul „durduliu" nu este mai sănătos decît unul „slab". Copilul suplu este mai rezistent şi suportă îmbolnăvirile, de regulă, mai uşor. Excesul ponderal din copilărie persistă în adolescenţă şi la vîrsta adultă. Obezitatea la adult duce la îmbolnăviri şi scade durata de viaţă. Cunoştinţele despre alimentaţia raţională, echilibrată trebuie învăţate. De aceea, toţi cei care se ocupă de îngrijirea şi educaţia copiilor ar trebui să se familiarizeze cu principiile de bază ale alimentaţiei copiilor. Astfel se poate alcătui o hrană consistentă, gustoasă şi cu preţ convenabil pentru şcolar. Mamele din cîmpul muncii au posibilitatea de a oferi copiilor o alimentaţie consistentă, introducînd în meniu unele preparate industriale sau semipreparate. Odată cu vîrsta şcolară funcţiile aparatului digestiv şi metabolice sînt într-atît maturate, încît pot tolera alimentaţia adultului. Maturaţia deplină are loc însă abia la sfîrşitul perioadei de şcolar; după mese prea copioase sau alimente greu digerabile copilul varsă mai uşor decît adultul.

a) Comportamentul la masă[1]. Şcolarul mănîncă bine dacă are un program de viaţă corespunzător, cu asigurarea nevoii de mişcare şi dacă i se oferă o hrană variată, prezentată în mod atrăgător. Este important să se respecte orele de masă. Orarul neregulat de masă şi mai ales „gustările" dintre mese împiedică dirijarea normală a poftei de mîncare. Masa nu va fi luată în grabă. Şcolarul mănîncă cu plăcere, concentrat şi liniştit, dacă îi este foame. O condiţie pentru a avea poftă de mîncare este să se mişte îndeajuns în aer liber şi să doarmă cît trebuie.

b) Mîncători buni şi „răi". Copilul nu trebuie lăudat sau stimulat dacă mănîncă mult, dar nici nu trebuie ademenit cu promisiuni ori ameninţat cu pedepse ca să mănînce mai mult, cînd adulţii consideră că nu mănîncă suficient. *Copilul are nevoie să mănînce, dar nu este obligat să mănînce!* Copilul sănătos ştie în general cînd este sătul. El continuă să mănînce numai dacă este îndemnat sau obligat s-o facă. Consumul de alimente dincolo de saţietate se observă şi atunci cînd mesele se lungesc prea mult în timp. Acest obicei de a mînca „peste măsură", fixat în copilărie se menţine mai tîrziu ducînd la obezitate la vîrsta adultă. Copilul nu trebuie educat să devină mîncăcios. Există copii care mănîncă în tot timpul bine, relativ bine sau prost. Şcolarul are perioade în care mănîncă prost; nu este un motiv de îngrijorare dacă se simte bine şi este sănătos. Copiii cu ritm accelerat de creştere mănîncă

[1] Vezi şi punctele 582, 583. şi 625-627

mai mult decît cei care sînt mici pentru vîrsta lor. Copiii vioi adesea mănîncă prost, flegmaticii mănîncă prea mult. La unele fetiţe aportul alimentar este redus voluntar, în ciuda unui apetit sănătos, din dorinţa de a-şi păstra silueta şi a corespunde „idealului de frumuseţe".

c) **Formarea bunelor deprinderi la masă.** Greşelile de alimentaţie pot fi evitate dacă şcolarul nu este lăsat să mănînce singur, ci ia masa cu familia sau în alt colectiv. Adulţii trebuie să se controleze în gesturi, să dea un exemplu bun şi să aibă grijă să domnească o atmosferă de bună dispoziţie. Dacă un adult va critica tot ce i se oferă la masă, nu va fi de mirare ca şi copilul să-şi însuşească aceeaşi atitudine la masă. Deprinderea bunelor maniere începută încă din prima copilărie, se consolidează şi se fixează în timpul perioadei de şcolar.

654. Nevoile nutriţionale ale copilului mic, preşcolarului şi şcolarului. Consumul de energie pe kg de greutate corporală şi pe zi scade în cursul copilăriei. Nevoile calorice pentru metabolismul bazal şi pentru creştere sînt în scădere. Pe de altă parte, consumul total de energie pe 24 de ore creşte în cursul copilăriei, odată cu înaintarea în vîrstă.

Tabelul 6.2

Recomandări pentru un aport energetic corespunzător pentru copilul mic şi şcolar (W. Droese, Helga Stolley)

Vîrsta în ani	Valoarea energetică pe zi în kcalorii	Cifre medii în Joule*
1—3	1 000 — 1 400	4 200 — 5 880
4—6	1 500 — 1 800	6 300 — 7 560
7—9	1 700 — 2 000	7 140 — 8 400
10—12 băieţi	2 100 — 2 300	8 820 — 10 080
10—12 fete	2 000 — 2 300	8 400 — 9 660
13—14 băieţi	2 400 — 2 800	10 080 — 11 760
13—14 fete	2 200 — 2 600	9 240 — 10 920

* Conform unor înţelegeri internaţionale se recomandă folosirea unităţii de măsură Joule pentru valoarea energetică 1 Kcal = 4,184 KJ.

Fetele ating maximum de consum energetic (2 200—2 400 Kcal pe zi) la vîrsta de 14—15 ani. La băieţi acest maximum este atins abia la vîrsta de adolescent, între 15 şi 18 ani, şi se cifrează la 3 000—3 500 Kcal/zi. Cifrele calorice pe zi se referă la copiii cu greutate şi talie medii, în condiţii de mişcare normală şi la ritm de creştere corespunzător vîrstei. Băieţii mănîncă mai mult încă din perioada de copil mic faţă de fetiţele de aceeaşi vîrstă.

Urmărind aportul alimentar la copilul sănătos, se constată variaţii de la o zi la alta. Consumul de energie nu este acelaşi în fiecare zi. Copiii şcolari care au activitate sportivă intensă sau depun o muncă fizică deosebită, consumă, de asemenea, mai multă energie.

655. Nevoile de lichide sînt mari. Apa este un aliment indispensabil, ce are de îndeplinit numeroase funcţii în organism. Apa este necesară pentru creşterea şi regenerarea ţesuturilor. Fără apă organismul nu poate produce urină, care este vehiculul esenţial pentru îndepărtarea unor produşi de degradare (rezultaţi din metabolism) şi a unor săruri. O parte din apa ingerată în cursul unei zile este eliminată sub formă de perspiraţie insensibilă (pe cale respiratorie) şi pe cale cutanată prin transpiraţie. Cu cît copilul este mai mic,

cu atît sînt mai mari nevoile de lichide pe kg greutate corporală. Copilul mic are nevoie de apă, raportat la greutatea corporală de trei ori mai mult decît adultul. Aproximativ jumătate din nevoile de lichide este acoperită prin băuturi. Restul este conţinut în alimente. Aşa-numitele alimente „solide" ca pîinea, carnea, peştele, brînza, ouăle, conţin apă în proporţie de 40—70%. Cartofii, fructele, zarzavaturile conţin apă pînă la 90%.

656. Substanţele plastice. Proteinele sînt de importanţă vitală ca material de construcţie (plastic) şi aliment (valoare nutritivă). Un gram de proteine furnizează 4,1 calorii. Proporţia de proteine în alimentaţie trebuie să reprezinte 10—12% din aportul energetic. Alimentaţia raţională trebuie să cuprindă cel puţin jumătate din proteine „de înaltă valoare", adică proteine de origine animală (lapte, carne, brînzeturi fermentate, peşte, ouă), iar restul

Tabelul 6.3

Valoarea energetică (în calorii şi Joule) şi conţinutul de proteine, grăsimi şi hidrocarbonate (H.C.) în unele alimente uzuale (la 100 g) (După Institutul de cercetări pentru alimentaţia copilului, Dortmund, 1980)

Alimente	Valoare enegetică[1]	Proteine	Grăsimi	H.C.
Lapte (3,5% grăsimi)	66 (277)	3,4	3,5	5
Lapte normalizat, degresat (1,8%)	50 (210)	3,4	1,8	5
Lapte acru bătut, smîntînit	36 (151)	3,5	0,5	4
Iaurt (3,5% grăsimi)	65 (275)	3,7	3,5	4
Brînză fermentată (40—50% grăsimi)	375 (1575)	25,0	27,5	2
Brînză de vaci degresată	82 (344)	17,2	0,6	2
Ouă (1 ou de găină — circa 50 g)	84 (353)	6,4	5,6	0
Unt	775 (3255)	0,7	83,0	1
Margarină	750 (3150)	0,5	80,0	0
Uleiuri din germeni	928 (3898)	0,0	99,8	0
Carne de porc	360 (1512)	15,0	31,0	0
Vacă	201 (844)	19,8	12,0	0
Pasăre	144 (605)	20,6	5,6	0
Ficat	144 (605)	19,7	4,4	4
Şuncă fiartă	193 (811)	19,5	11,0	0
Salam uscat (Sibiu)	531 (2230)	16,0	48,5	0
Cremwurşti	263 (1105)	13,3	21,6	0
Pîine neagră	253 (1063)	6,4	1,0	51
Pîine integrală	246 (1033)	7,4	1,0	48
Pîine albă	270 (1134)	7,5	0,8	54
Pesmet	403 (1693)	9,9	4,3	76
Griş	370 (1554)	10,3	0,8	75
Fulgi de porumb	388 (1630)	7,7	0,6	82
Orez fiert	121 (508)	2,3	0,2	26
Paste făinoase fierte	130 (546)	4,3	1,0	24
Cartofi	85 (357)	2,0	0,2	19
Cartofi prăjiţi	374 (1571)	3,9	23,3	34
Conopidă	28 (187)	2,5	0,3	4
Morcovi	35 (147)	1	0,2	7
Spanac	23 (97)	2,4	0,4	2
Mazăre (conservă)	66 (272)	3,4	0,4	11
Mere, pere	56 (235)	0,4	0,4	13
Piersici	46 (193)	0,7	0,1	10
Banane	90 (378)	1,1	0,2	21
Portocale	54 (227)	1,0	0,2	12
Ciocolată cu lapte	563 (2365)	9,1	32,8	55
Bomboane	376 (1579)	1,0	0,0	94
Îngheţată	205 (861)	3,9	11,7	20
Marmeladă	263 (1105)	0,4	0,0	66

[1] Cifrele din paranteză indică valoarea energetică a alimentelor calculată în *Joule*.

sub formă de proteine vegetale (pîine, alte produse din cereale, leguminoase, cartofi și zarzavaturi). Copilul de 7—9 ani ar primi necesarul de proteine animale, prin 250 ml lapte, 100 g carne sau produse din carne, 20 g brînză uscată sau 40 g brînză de vaci. Conținutul în proteine din unele alimente obișnuite este redat în tabelul 6.3.

657. Grăsimile vizibile și invizibile. Grăsimile din alimentația copilului îndeplinesc numeroase funcții. Grăsimile cu valoare biologică ridicată sînt cele care conțin acizi grași esențiali polinesaturați (mai ales acid linoleic) și vitaminele A, D, E și K. Ele sînt ușor de digerat. Printre grăsimile cu mare valoare biologică se numără: untul, margarina, uleiurile din germeni și slănina. În alimentația copilului aceste grăsimi vor fi folosite preferențial pentru gătit sau pentru tartine. Alte grăsimi ca untura, seul vor constitui o parte mică.

Din toate principiile nutritive grăsimile furnizează cea mai multă energie. Un gram de grăsimi furnizează 9,3 Kcalorii. Prin adăugarea de grăsimi la alimente se poate acoperi o mare parte de nevoi nutritive în cantitate mică de aliment. Grăsimile sînt digerate mai încet decît proteinele și hidrocarbonatele, de aceea, conferă mîncării o sațietate mai mare. Adăugarea unor cantități mici de grăsime fac mîncarea mai gustoasă.

Tabelul 6.3. arată că practic toate alimentele conțin grăsimi. În majoritatea lor, grăsimile nu sînt însă vizibile (*„grăsimi invizibile"*) spre deosebire de cele *„vizibile"* din unt, margarină, ulei, slănină, untură și seu. În alimentația noastră obișnuită, grăsimile vizibile și invizibile se află în proporție de 40:60. Într-o alimentație echilibrată a copilului, 35—40% din calorii trebuie să fie furnizate de grăsimi. Nu este de dorit o cantitate mai mare. Obiceiurile culinare din unele familii ascund primejdia de a oferi copiilor o cantitate excesivă de grăsimi, ce duce la depozitarea lor. *Tartinele* cu unt și cu brînză (salam sau șuncă) oferite uneori de 2 ori pe zi duc la depășirea necesarului de grășimi. De aceea, ungerea pîinii cu unt și gătitul cu grăsimi trebuie făcute cu moderație.

658. Hidrați de carbon sînt sursă principală de energie. Alimentația copilului fără un aport suficient de hidrocarbonate este imposibilă chiar pentru foarte scurt timp. Dintre toate principiile nutritive hidrocarbonatele sînt cel mai ușor digerate și cel mai rapid transformate în energie. Copiii cu metabolismul lor alert și cu mobilitatea lor caracteristică vîrstei, necesită cel puțin 50% din aportul nutritiv sub formă de hidrocarbonate. Un gram de hidrocarbonate furnizează 4,1 Kcalorii (vezi tabelul 6.3.).

Alimentele bogate în hidrocarbonate cu valoare nutritivă mare sînt: pîinea integrală, pîinea neagră, produsele de cereale (fulgi de porumb, griș, fulgi de ovăz etc.), cartofii, leguminoasele și fructele. Aceste alimente acoperă de asemenea nevoile de vitamina B_1, vitaminele din complexul B, vitamina C. Ele mai conțin și alte principii importante ca: proteine, calciu, fosfor, fier și așa-numitele *„fibre"* sau substanțe de lest (celuloză, pectine), necesare pentru peristaltismul intestinal normal. Mama va avea grijă ca în funcție de sezon să ofere zilnic alimente ce conțin hidrocarbonate, bogate în vitamină C și fibre alimentare. Astfel:

primăvara: salată, ceapă și usturoi verde, ridichi, spanac, urzici, lobodă, cireșe;

vara: morcovi, tomate, ardei gras, mazăre verde, fasole păstăi, cartofi, căpșuni, piersici, coacăze, vișine, caise, zmeură, afine, pepeni, castraveți;

toamna: mere, pere, gutui, prune, cartofi, morcovi, conopidă, struguri, țelină, varză, gogoșari, vinete etc.;

iarna: cartofi, morcovi, mere, sfeclă, praz, ceapă, varză, ridichi, banane, lămîi, portocale.

Pîinea albă, aluaturile, prăjiturile, zahărul, mierea, marmeladele, bomboanele, înghețata, precum și alte dulciuri sînt considerate alimente cu valoare biologică mai puțin importantă. Ele conțin vitamine puține sau deloc și sînt sărace în fibre și alte substanțe asociate. Ele vor acoperi numai o mică parte din nevoile de hidrocarbonate.

Vor fi evitate dulciurile și prăjiturile de cofetărie între mese. Ele strică pofta de mîncare și predispun la carii dentare. *Îndeosebi sînt periculoase pentru dinți:* bomboanele, rahatul, toate dulciurile lipicioase (caramele, nuga, alviță etc.) și „bomboana" dată la culcare. Dulciurile și cofeturile pot fi oferite în cantitate mică după mesele principale. Stomatologii recomandă după consumarea de dulciuri, spălarea riguroasă a dinților.

659. Sărurile minerale și oligoelementele sînt indispensabile. Creșterea copilului se face corespunzător numai dacă alimentele cuprind în cantitate suficientă săruri minerale și oligoelemente (minerale în cantitate foarte mică). O alimentație variată și rațională conține aceste elemente și nu este necesară suplimentarea la copilul sănătos.

a) Natriul *(sodiu)*. Sursa principală este sarea de bucătărie. Aceasta este conținută în cantitate suficientă în unele alimente preparate ca pîinea, mezelurile, telemeaua, cașcavalul, produsele de carne sau conservele de pește. Nu este necesar adaosul de sare la mîncări. De obicei, în bucătăria noastră se sărează excesiv. Este mult mai recomandabil să se condimenteze și să se asezoneze mîncările cu verdețuri variate (pătrunjel, mărar, cimbru etc.).

b) Calciul. Conținutul în calciu al alimentației este determinat în primul rînd de consumul de lapte. 1/2 litru de lapte (integral, degresat, iaurt) pe zi, băut simplu sau folosit la gătit acoperă cu certitudine nevoia de calciu la copilul mic și școlar. La cei care primesc prea puțin lapte se va da și brînză.

c) Fosforul. Alimentația cu un conținut optim de proteine și calciu acoperă sigur și nevoile de fosfor.

d) Fierul este necesar pentru sinteza hemoglobinei. Fără fier se ajunge sigur la anemie. Alimentele care au un conținut bogat în fier sînt: viscerele (ficatul, rinichiul), carnea, peștele, gălbenușul de ou, preparatele din carne, fulgii de ovăz, leguminoasele, spanacul și piersicile. O alimentație variată asigură cel mai bine prevenirea deficitului de fier și anemia.

660. Vitaminele. Alimentația complexă, variată conține toate vitaminele în cantitate corespunzătoare, în afară de vitamina D. Nu este bine să se administreze suplimentar preparate vitaminice, fără recomandarea medicului.

a) Vitamina A (retinol și caroten) se găsește în alimente sub două forme diferite. În alimentele de origine animală se găsește predominant sub formă de vitamină A direct utilizabilă (retinol). Alimentele cu conținut ridicat în retinol sînt: ficatul, untul, margarina și gălbenușul de ou. În cele de origine vegetală se găsesc carotenii care sînt precursorii vitaminei A. Aceștia sînt mai valoroși din punct de vedere biologic și se absorb mai puțin bine din intestin. Purtătorii de caroten sînt: morcovul, spanacul, fasolea verde, varza crudă, varza de Bruxelles, ardeiul, andivele, salata verde, pătrunjelul, caisele, mandarinele și piersicile.

b) Vitamina B_1 (tiamina). Alimentația bogată în hidrocarbonate și săracă în grăsimi solicită mai multă vitamina B_1 decît cea cu grăsimi multe. Dintre alimentele cu conținut bogat în vitamină B_1: carnea de porc, șunca, slănina cu carne, ficatul, rinichii, produsele de cereale (făina integrală, făina intermediară, fulgii de ovăz) și leguminoasele.

c) Vitamina B_2 (riboflavina). Necesarul este acoperit prin lapte, brînză de vaci, telemea și în al doilea rînd prin carne și pîine.

d) Vitamina C (acidul ascorbic) se găsește în fructe, zarzavaturi, cartofi. Au un conținut bogat în vitamina C: caocăzele, căpșunile, citricele, ardeiul, varza. Copiii care mănîncă fructe proaspete sînt mai bine asigurați cu vitamina C decît cei care primesc vitamină C din cartofi și zarzavaturi, deoarece menținerea vitaminei C în acestea depinde în mare măsură de păstrare și preparare. Ofilirea, spălarea prelungită și fierberea scad simțitor conținutul în vitamină C.

e) Vitamina D (calciferolul). Organismul în creștere are nevoie de vitamină D pentru structura osoasă. O parte din vitamină D este sintetizată în piele sub influența radiațiilor ultraviolete solare. Purtătorii principali de vitamina D sînt: untura de pește, heringii, gălbenușul, frișca, ficatul, untul și margarina; nici unul dintre acestea nu asigură nevoile copilului. Preparatele cu vitamina D vor fi administrate numai la recomandarea medicului.

Îngrijiri

661. Pielea. În condițiile vieții moderne, în internate și în locuințele cu apă curentă școlarii trebuie deprinși[1] să facă baie *singuri* (fără sprijinul mamei), în fiecare seară în cadă sau prin duș cu apă caldă și săpun și apoi să se șteargă cu un cearceaf sau cu un prosop uscat (strict individual și curat). În locuințele de tip rural sau fără apă curentă, este absolut necesară o baie generală săptămînală. Dimineața și seara, școlarul va fi deprins să-și spele mîinile, axilele, gîtul, trunchiul, fața și picioarele cu apă obișnuită (la temperatura camerei). Mîinile trebuie spălate de mai multe ori pe zi, dar obligatoriu înainte de a mînca și după folosirea closetului. Rufăria de corp se schimbă cît mai des. Unghiile se taie de două ori pe săptămînă. Se curăță zilnic cu o perie. După vîrsta de 6—7 ani fața se spală și se săpunește zilnic cu un săpun gras, care să nu decapeze pielea și să nu irite ochii.

a) Acneea este o afecțiune care apare în general puțin înainte de pubertate. Este o sursă de complexe teribile pentru fete și băieți. Dacă nu este îngrijită corect și la timp poate lăsa urme definitive. Vîrsta critică este 10 ani la fete și 12 ani la băieți. Pielea capătă un aspect unsuros, porii se lărgesc, apar puncte negre. Igiena pielii, în general, (baie generală zilnică) se face cu grijă, iar pe de altă parte copilul nu trebuie să facă nimic după capul lui. Dimineața se curăță fața cu un „lapte" negras, recomandat de un medic și apoi se spală cu mușețel sau se limpezește bine cu infuzie de mușețel sau cu apă proaspătă curată. Fața nu se „șterge" ci se tamponează încet, cu mișcări domoale cu șervețele de hîrtie, cu tifon sau cu un prosop moale de bumbac. Seara se procedează la fel, iar din 2 în 2 zile se aplică o pomadă recomandată de dermatolog. Nu se fac aplicații excesive de alcool sau de pomade care usucă, deoarece acestea excită și mai mult funcția glandelor sebacee și agravează răul. Viața în aer liber, soarele, activitatea fizică și un regim cu alimente bogate în vitamine, mai ales din grupul B și vitamina A (cereale, zarzavaturi și fructe) frînează instalarea acneei. Tratamentul acneei este strict individualizat și se face după sfatul medicului. În nici un caz copilul nu va stoarce punctele negre.

b) Hiperhidroza. Prin acest termen se înțelege transpirația excesivă a mîinilor, picioarelor și a axilelor. Este foarte neplăcută. Se întîlnește mai ales la copiii nervoși și emotivi. Zonele respective se pudrează cu talc. În fiecare

[1] Vezi și punctele, 631, 632, 633, 635, pag. 313, 314, 315, 316 de la capitolul 5. Preșcolarul.

seară se fac băi generale sau dușuri, iar o dată pe săptămînă picioarele și mîinile se spală cu apă cu oțet, cu fiertură de coji de nuc sau cu ceai de salvie. Nu se va folosi încălțăminte cu talpă de cauciuc, încălțăminte de cauciuc, ciorapii și tricourile de nylon. Vara, se poartă încălțăminte ușoară (sandale cu barete, pantofi din împletituri etc.).

662. Părul. Cele spuse la preșcolar (punctul 633) sînt valabile și la școlar. Pubertatea este vîrsta critică pentru păr. După vîrsta de 10 ani grija pentru păr trebuie dublată. La mulți școlari pe pielea capului apar mătreața și cruste seboreice (coji gălbui). Nu este necesară mai mult de o spălare cu șampon pe săptămînă. După șampon, se limpezește cu oțet diluat sau cu zeamă de lămîie. Este interzis să se folosească apa de colonie, loțiuni alcoolizate. Atît băieții, cît mai ales fetele vor fi deprinși să-și pieptene și să-și maseze părul în fiecare seară, eventual cu o loțiune specială recomandată de un dermatolog. În alimentația copilului trebuie să se găsească zilnic ulei de porumb sau de floarea soarelui, care conțin vitamina F, a cărei absență provoacă uneori căderea părului și dermatoze.

663. Ochii. Luminatul va fi dozat pentru a nu obosi ochii: patul va fi astfel orientat ca lumina să nu bată în ochi. La copiii nervoși luminatul nu va fi violent. Nu se folosește luminatul cu neon. Se alege o lampă de lucru cu picior mobil, care va fi orientată în direcția dorită. Cînd își face temele se va folosi ca sursă luminoasă un bec de 100 wați, la 40 cm de carte, în stînga (dacă scrie cu mîna dreaptă). Pe masa de noapte se plasează o lampă mică cu abat-jour. *Televizorul* obosește ochii. De aceea, copiii nu vor fi lăsați să stea în zilele de sărbătoare tot timpul în fața televizorului. Cînd este autorizat să urmărească anumite transmisiuni, copilul va fi plasat la cel puțin 2—3 m de aparat iar într-un colț al camerei, în spatele copilului se va plasa o mică lampă aprinsă. Copiii care suferă de tulburări de vedere vor fi obligați să poarte ochelari cu lentile corectoare. Pentru a preveni miopia (vede prost la distanță), se va asigura un bun luminat în camera de lucru, iar copilul nu va citi cu cărțile prea apropiate de ochi și nu va sta mult la T.V.

664. Pozițiile incorecte. Pentru a lupta împotriva acestor atitudini pe care le iau aproape toți copiii de îndată ce ating vîrsta școlară, este necesar să se aleagă o saltea bună, care să fie umplută uniform și să fie tare. Este de preferat o somieră cu arcuri tari sau saltea Relaxa. Nu se folosesc perne mari și moi. Copilul va fi învățat cum să se așeze la masa de lucru: scaunul trebuie să fie aproape de masă. Pieptul copilul nu trebuie să fie în contact cu ea, iar spatele trebuie să fie drept. Se va explica școlarului că este bine să evite să încrucișeze picioarele sau să citească cu nasul în carte. La școlarul mic este obligatoriu purtarea ghiozdanului pe spate; este periculos ca un copil să ducă ghiozdanul agățat de același umăr sau purtat cu aceeași mînă (se produce scolioza, o curbură laterală a coloanei vertebrale).

665. Sînii („pieptul") fetițelor. Trebuie vegheat foarte devreme la formarea unui piept frumos al adolescentei. Adolescenta va fi învățată cum să-și îngrijească sînii care încep să se dezvolte: a) În fiecare zi, după baie sau duș, sînii vor fi stropiți cu un burete mare îmbibat cu apă rece sau, mai bine, cu jetul de apă de la duș. Apa rece mărește tonusul, fortifică țesuturile și stimulează circulația sîngelui; b) Va purta în mod obligatoriu (chiar dacă pieptul nu este complet format) în fiecare zi un sutien cu bretele elastice; sutienul va avea cupa de mărime adecvată și va fi bine strîns la spate fără a împiedica respirația. Portul sutienului este deosebit de necesar în timpul exercițiilor fizice, deoarece sînii nu sînt susținuți de mușchii proprii.

Dezvoltarea sînilor poate surveni foarte tîrziu; nu este nimic alarmant. Natația și exercițiile respiratorii favorizează această dezvoltare. Din contră, dacă sînii păstrează aspectul juvenil și după pubertate, se va consulta un endocrinolog. Dacă dimpotrivă, în momentul cînd se instalează menstruația, sînii se umflă anormal de mult și cu o mare rapiditate, se va consulta un ginecolog sau un endocrinolog.

Nu rareori, adolescente (preocupate de siluetă) își impun, din proprie inițiativă, regimuri dietetice foarte severe; acestea sînt deosebit de dăunătoare pentru sănătate, iar unul din efectele secundare este „prăbușirea" sînilor, prin dispariția stratului de grăsime care-i susținea.

Aer, soare și sport

666. La vîrsta școlară nu permiteți copilului de a-și petrece sărbătorile și timpul liber între masa de lucru și televizor. Organizați lucrul în așa fel ca temele și lecțiile să nu ia decît un timp minim. La nevoie, dacă observați că „nu reușește", consultați-vă cu învățătorul și găsiți o soluție. Se spune că cei tari la gimnastică nu sînt în mod obligatoriu genii. Dar nici cei tari la teme, palizi și plăpînzi, primii în clasa lor, nu vor fi negreșit cei care vor reuși în mod strălucit în viață!

Medicii constată că salturile în talie se fac în vară sau după o vacanță petrecută la munte, chiar în lunile de iarnă. Soarele și razele ultraviolete au un rol important. Aerul, lumina și soarele sînt de neînlocuit.

a) Este necesară o bună respirație. Este indispensabil ca un copil să învețe să respire bine. Desigur respirația este un act automat, dar se poate perfecționa treptat, prin exercițiu. Copilul care respiră prost are umerii înguști, toracele strîmt, gura deschisă, fața palidă și este nervos. Copilul care respiră bine este calm, are pieptul și umerii largi, iar fața este rumenă. Învățînd pe copil să respire pe nas, se evită o mare parte din guturaiuri, angine, „gripe" și alte boli ale nasului și gîtului. Cînd un copil respiră pe gură, aerul rece, umed sau uscat intră cu brutalitate și pătrunde direct în plămîni. Cînd este inspirat prin nas aerul este asanat, uscat sau umidificat, încălzit sau răcorit și debarasat de praf care este reținut de firișoarele de păr ale nasului.

Copilul respiră rău fie dintr-o obișnuință fie din alte cauze ca vegetații adenoide, amigdale infectate, alergii, anomalii ale dinților și/sau maxilarelor.

Copilul poate fi privat de aer, de soare, de mișcare; condamnat să stea închis în casă, la o viață sedentară, copilul se ofilește. El trebuie deprins să iubească eforturile, exercițiile fizice. Insuficiența respiratorie este considerată ca o „boală profesională a școlarului". Această boală atinge 80% dintre ei. Pentru prevenire se recomandă:

— *„Să ia aer"!* În fiecare zi, la ieșirea din clasă este bine ca elevul să meargă puțin pe jos. Aceasta valorează de 10 ori mai mult decît dacă folosește autobuzul; școlarul are nevoie de cel puțin 1/4 de oră de destindere după imobilitatea din clasă cu aer poluat.

— *Porția de aer „săptămînală"*. Dacă la școală orele de educație fizică se fac în aer liber, nu trebuie „scutit" sub nici un pretext. Cocoloșind copilul prea mult, nu-i facem un serviciu — el va deveni mai răsfățat și mai fragil. Dacă școala nu a prevăzut ceva, părinții (de recomandat tatăl) vor face cel puțin o dată pe săptămînă împreună cu el o plimbare mai lungă. Drumeția prin pădure, contactul cu natura sînt adevărate cure de relaxare și de înfrumusețare.

În vacanță, cît mai mult în aer liber. Dacă părinții nu pot să plece cu copilul, ei nu trebuie să ezite să-l trimită în tabere de vacanță atît vara, cît și iarna.

— *Se alege un sport care-i educă respirația.* Dacă școlarul are dificultăți respiratorii, părinții se vor consulta cu medicul și cu profesorul de educație fizică.

— *Băi de aer.* Se știe că pielea este și un organ de respirație. Prin miile de pori ea absoarbe aerul și elimină otrăvuri. Pentru ca pielea să respire, un copil nu trebuie înfofolit. Baia de aer este tot așa de binefăcătoare ca și baia de soare sau baia în apă. Vara, trebuie îmbrăcat cît mai sumar; pielea trebuie lăsată cît mai mult posibil în contact cu aerul. Purtarea de pantaloni lungi de băieți și mai ales de fete este o greșeală. În timpul iernii va purta îmbrăcăminte largă, care lasă să circule aerul.

Repausul. Activitatea școlară nu trebuie să se facă pe seama timpului de stat în pat. Ora de somn trebuie respectată cu strictețe. Nu este permis ca un copil să se culce tîrziu din cauza lecțiilor, televizorului sau unor seri încărcate ale familiei. *Pînă la 10 ani copilul are nevoie de cel puțin 10 ore de somn de noapte. Nu se va încălca această recomandație!*

Nevoia de mișcare. Cît mai multă mișcare afară din casă! Copiii au nevoie de activitate fizică: să participe la „treburile" gospodăriei, să alerge, să sară, să se cațere. Nu trebuie să trăiască închiși în casă. Cum își termină temele, vor fi „scoși" afară să se joace într-o curte și chiar pe o stradă sau pe alee, chiar dacă acestea ar contraria dorința legitimă de ordine și curățenie a unor locatari. Din nenorocire în orașele mari spațiile de joc sînt tot mai limitate, iar strada reprezintă un loc unde pot surveni multe accidente.

667. Sport. Toți părinții știu astăzi că sportul este bun pentru sănătate și mai ales că este indispensabil dezvoltării armonioase a copilului.

a) Un copil sportiv este mai sănătos. Exercițiile fizice îl fac să transpire abundent, favorizînd și accelerînd eliminarea toxinelor care otrăvesc organismul. El are, de asemenea, o influență favorabilă asupra oxigenării globulelor roșii și asupra digestiei. Un copil sportiv crește mai bine — el are poftă de mîncare, asimilează mai bine alimentele.

b) Un copil sportiv este mai echilibrat fizic (mușchi puternici, articulații suple, spate drept, abdomen plat, talie mai subțire, mișcări mai grațioase, reflexe mai bune) **și psihic** (nervi stăpîniți, echilibrat, competitiv).

c) Se alege sportul care convine copilului. Nu avem intenția de a spune multe despre sport neavînd nici spațiu și nici priceperea necesară. Medicul școlar, medicul sportiv și profesorul de educație fizică sînt cei care stabilesc dacă un copil este apt pentru a practica un anumit sport; pentru cei la care se impun exerciții pentru recuperare a unor defecte neuromotorii, indicațiile se fac în colaborare cu neuropsihiatrul și medicul specialist de cultură fizică și medicală. De la 6 la 11 ani este vîrsta de înflorire a posibilităților fizice ale copilului. Scopul exercițiilor fizice nu este de a-l face să dobîndească forță, ci de a-i dezvolta „tonusul de susținere" adică de a-i căli o musculatură capabilă să-i susțină scheletul și de a-i ajuta dezvoltarea armonioasă a scheletului. Sportul este cel mai bun mijloc de a lupta împotriva prejudiciilor vieții școlare, îndeosebi contra deformării coloanei vertebrale, care constituie o boală profesională a școlarului (80% dintre ei sînt victime).

d) Trebuie evitată specializarea. Nu se face un singur sport, deoarece se favorizează dezvoltarea unora din părțile corpului în detrimentul altora. *Nu trebuie lăsat orice copil să se consacre competiției.* Un sport, oricît ar fi de binefăcător, practicat pînă la exces la această vîrstă în plină creștere, este contrar dezvoltării armonioase. *Numai în cazurile cu totul excepționale, se admite*

pentru unele individualități (cu vocație și cu rezistență deosebită fizică și psihică) antrenament intensiv de competiție.

e) În general, se **interzic exercițiile de forță.** Practicate prea regulat, ele dezvoltă intens musculatura. Mușchii supradezvoltați, în loc de a favoriza creșterea, o încetinesc: nu mai sînt extensibili pentru a însoți impulsul de lungire a oaselor, o frînează și pot chiar s-o blocheze. De aceea, trebuie proscrise halterele și tot ce riscă să facă să lucreze mușchii în forță. Apare riscul de a face din astfel de copii, mici ființe scunde, robuste, prea musculoase.

f) **Copilul trebuie să se odihnească suficient.** Activitățile școlare sînt deja acaparante. Nu trebuie supraîncărcat cu activități extrașcolare. Un singur sport, dar bine ales, este suficient. *Orele de sport nu trebuie să antreneze o oboseală excesivă, din cauza unor orare prea încărcate sau drumuri lungi. Înainte de practicarea unui sport, trebuie consultat medicul.* Unele sporturi excelente pentru copiii sănătoși, pot fi cu totul contraindicate în caz de afecțiuni ale inimii, ale plămînilor sau ale coloanei vertebrale.

668. Atletismul se recomandă de la 10 ani la fete și băieți. Dezvoltă cutia toracică și favorizează o bună respirație, permițînd organismului să se oxigeneze din plin. Este exercițiul de preparare ideală a tuturor sporturilor. Dezvoltă supletea și rezistența. Echilibrează sistemul nervos. Face să lucreze armonios toți mușchii corpului. Contrar a ceea ce-și închipuie unii părinți, atletismul convine perfect fetelor, cărora le dă o siluetă elegantă. Cursele de alergare constituie un foarte bun exercițiu pentru respirație, circulație, toți mușchii corpului și reprezintă unul din cei mai buni stimulenți ai creșterii.

Aruncarea dezvoltă îndemînarea, concentrarea și detenta. Pentru fete lansarea greutății nu se recomandă încă la această vîrstă, fiind necesare gesturi prea virile. În schimb aruncarea discului le convine perfect.

Săritura dezvoltă detenta; contribuie la formarea de mușchi fini și lungi, călește gleznele și fortifică articulațiile gambelor.

669. Natația se recomandă atît la băieți cît și la fete. Dintre toate sporturile înotul este cel mai complet. Are marele inconvenient că se practică în cea mai mare parte a anului în interior. Trebuie completat cu o activitate în aer liber. Dă o capacitate respiratorie excepțională, redresează spatele și întărește musculatura care susține coloana vertebrală. Stilurile de înot „brass" și „spate" sînt exerciții excelente pentru corectarea unor deformări ale spatelui. Din contră, stilul craul (crawl — mișcarea picioarelor se face în alt ritm decît aceea a brațelor, capul rămînînd cît mai mult sub apă) nu este recomandat. Natația favorizează creșterea în lungime și extensia mușchilor. La fetițele cu gambe roșii și articulații butucănoase, bătaia repetată a picioarelor în apă este deosebit de utilă. La băieți, înotul lărgește umerii și îngustează șoldurile, la fetițe favorizează formarea unui bust frumos.

Printre părinți există o teamă de microbii din apa piscinelor. Sînt puține riscuri, deoarece apa este supravegheată și verificată de către Inspecția Sanitară de Stat. Singura primejdie este din partea dezinfectantelor la copiii cu ochii sensibili; la aceștia se recomandă să poarte ochelari etanși speciali.

670. Patinajul este recomandat de la 5—6 ani la fete și băieți. Poate fi început și mai devreme; în Suedia copiii învață să patineze odată cu mersul. Este un sport care dezvoltă detenta, echilibrul, stăpînirea gesturilor. Are influență asupra mușchilor gambelor și coapselor și asupra siluetei. La copiii mici este un excelent exercițiu de preparare pentru schi.

671. Schiul. Copiii de la munte își pun schiurile curînd. Învățarea schiurilor poate începe spre 6 ani. Cea mai bună vîrstă pentru inițiere se situează spre 10—11 ani. Binefacerile schiului sînt mai întîi cele oferite de climatul de munte. Ca exercițiu fizic, schiul pune în mișcare toți mușchii corpului, dă echilibru și siguranță. Este un mijloc excelent de călire și de obișnuire la frig. Mulți părinți sînt tentați de a face din copilul lor un mic campion; să nu se uite că impunînd un efort prea mare se riscă oboseala inimii.

672. Bicicleta. Pînă la 8 ani exercițiile cicliste trebuie să se mărginească la ocoluri în grădini, parcuri sau pe trotuarele străzilor din jurul casei. De la 8 la 9 ani copilul poate fi lăsat să facă plimbări mai lungi. De-abia spre 12 ani sînt permise circuite mai lungi (peste 10 km). Bicicleta este un sport cu două tăișuri. Practicat ca joc este perfect. Ciclismul dă rezistență și constituie o gimnastică ideală pentru gambe și coapse (inclusiv articulațiile de la șolduri, genunchi și glezne). Dar practicat ca sport are și inconveniente: dezvoltă excesiv gambele în detrimentul restului corpului, ajungînd pînă la frînarea creșterii. Mușchii abdomenului nu lucrează deloc, toracele nu se dezvoltă, iar capacitatea respiratorie nu se mărește. Nu se recomandă la copiii cu unele devieri ale coloanei vertebrale.

673. Fotbalul se recomandă de la 12 ani la băieți. Toți băieții de 6—7 ani se amuză bătînd cu piciorul într-o minge, ei numesc asta „fotbal". Acest gen de jocuri care-i fac să alerge, să respire și să cheltuiască energie este excelent pentru copii și nu trebuie să fie interzis.

În ce privește veritabilul antrenament la fotbal, se cere prudență. Acest sport dezvoltă mai mult partea de jos a corpului pe seama părții superioare. În jocul de fotbal se aleargă, dar sprinturile cu opriri brușce în opoziție cu cursa atletică, dezvoltă mușchii mai mult în forță decît în elongație. Un copil care joacă prea mult fotbal va avea coapse peste măsură de mușchiuloase, ceea ce nu este favorabil alungirii membrelor inferioare (ca și la ciclism).

674. Jocurile cu balonul (voleibal, handbal, baschetbal). La ambele sexe, voleiul se începe relativ devreme; pentru baschet vîrsta minimă este de 9 ani. Ultimul trebuie practicat cu moderație, deoarece solicită mult funcțiile cardiovasculare. Aceste sporturi sînt deosebit de utile pentru băieți și fete între 12 și 16 ani. Sînt sporturi de elongație, făcînd să lucreze toți mușchii corpului pe care îi dezvoltă în lungime. Sînt exerciții excelente pentru mușchii spatelui și dau o bună susținere a coloanei vertebrale. Dau o siluetă zveltă și elegantă. Cultivă îndemînarea și rapiditatea reflexelor. Dezvoltă spiritul de echipă. Sînt recomandate în special la copiii cu talie mică, deoarece favorizează creșterea. Sînt admirabile pentru fetițe: le vor forma un bust frumos, umeri armonioși, coapse subțiri, glezne și gambe fine.

675. Canotajul se recomandă la fete și la băieți, începînd de la vîrsta de 14 ani. Dacă se folosește un scaun pe rotile (schif), canotajul este un sport complet la care participă toți mușchii corpului (brațe, abdomen, spate, gambe), ceea ce duce la o dezvoltare armonioasă. Canotajul mlădiază articulațiile și este, mai ales, un exercițiu foarte bun de disciplină respiratorie.

676. Judo. Se recomandă începînd de la 7 ani. În ultimul timp a devenit un sport la modă. Este practicat mai ales de către băieți, dar nu prezintă nici o contraindicație pentru fete. Contribuie la echilibrarea fizică și nervoasă. Dezvoltă ușurința și siguranța în gesturi. Constituie o școală excelentă de disciplină și de stăpînire de sine. Poate da încredere timizilor și calmează pe bătăuși. Este interzis în caz de boli sau slăbiciune a coloanei vertebrale. Are inconvenientul că la copiii cu piele sensibilă sau cu vase mai friabile produce vînătăi din cauza căderilor ce survin în timpul jocului.

677. Tenisul are inconvenientul de a fi unilateral. Ameliorează detenta, mlădiază articulațiile. Este contraindicat înainte de 10—12 ani deoarece dezvoltă o jumătate din corp mai mult decît alta. Trebuie practicate concomitent și exerciții compensatoare care fac să lucreze brațul stîng (pentru un jucător care lucrează cu dreapta), deoarece implică riscul de a se dezvolta

o scolioză dorsală dreaptă. În caz că se începe mai devreme se va face cu prudență, cu control medical susținut.

678. **Gimnastica** se recomandă la fete și băieți de la 6—8 ani (vezi punctul 638). Nu trebuie confundată cu simpla cultură fizică. Este un sport complet care duce la o stăpînire a corpului aproape perfectă. Dezvoltă la maximum supleţea și agilitatea.

Pentru fete este deosebit de recomandat: este unul din sporturile care creează cele mai frumoase tipuri de sportive. Această disciplină sportivă dă grație, eleganță, siguranța gesturilor. De la jocurile olimpice, în general, și după succesele gimnastelor noastre, este o tentație mare pentru unii părinți de a încerca să facă din fetele lor gimnaste de performanță. Ca pentru orice sport, în general, și pentru gimnastică în special alegerea se va face de către specialiști, cu discernămînt, pe baza unei selecționări care să țină seama de talentele fizicopsihice și de starea de sănătate a copilului. Trebuie amintit că gimnastica prezintă inconvenientul (singurul de altfel) că se practică în cea mai mare parte în sală, deci fără aerisire suficientă. De aceea trebuie completată cu un sport în aer liber și cu vacanțe petrecute în climat alpin și marin.

679. **Dansul.** Este un sport care se începe foarte devreme, în jur de 3 ani pentru dansul ritmic și la 6—7 ani pentru dansul clasic (vezi punctul 638).

Dansul ritmic este o gimnastică corectivă și un mijloc de reeducare psihică și motorie. Este o sursă de destindere și echilibrare pentru copiii instabili, cu reacții de negativism etc.

Dansul clasic dă încredere în sine, siguranță, stăpînire de sine, grație și eleganță. Constituie una din cele mai bune școli de răbdare. Dansul clasic învață pe copil să-și cunoască forța fizică și dă o musculatură tip fus. Este deosebit de utilă pentru fetițele complexate, nervoase, timide, permițîndu-le să evolueze favorabil, să se exteriorizeze și să dobîndească încredere. De asemenea, este bun pentru băieții și fetele care se încadrează mai greu într-un grup social și pentru cei care sînt mai puțin înzestrați fizic, dîndu-le suplețe, grație, ușurință și un minimum de cochetărie.

Totuși dansul poate fi vătămător dacă nu este practicat sub îndrumarea unui profesor serios și competent. Se alege dansul care se potrivește fiecărui copil. Riscurile antrenate de o rea inițiere sînt grave; dezvoltarea copilului poate fi perturbată. Devierile gambelor sau ale coloanei vertebrale sînt de temut. Nu se va căuta să se obțină, cu orice preț și foarte repede, rezultate spectaculare.

În concluzie, reamintim că înainte de a se practica un sport, indiferent de vîrstă, copilul trebuie consultat de un medic care să-și dea avizul. Vîrstele de la care se recomandă un anumit sport, sînt numai orientative și valabile pentru copii obișnuiți. Pentru sportul de performanță selecția este făcută de profesorii de educație fizică iar avizul medical îl dau medicii specialiști în medicina sportivă care pe lîngă examenul clinic supun copilul unor investigații paraclinice cu aparatură specială cu care depistează orice anomalie precum și capacitatea de efort a copiilor talentați, selecționați de antrenori.

În general, medicii sînt reținuți în deciziile pe care le dau în ce privește vîrsta și probele la care poate fi supus un copil înainte de 10—12 ani.

Sexualitatea la copil

680. Una din trăsăturile de bază ale omului (ca și la toate animalele bisexuate) este atracția și unirea celor două sexe care se manifestă printr-un comportament cu o gamă întreagă de pregătiri afective, lingvistice și sociale. Alteori se ajunge la actul sexual în mod brutal și instinctiv fără reflecții. Indiferent de modalitate, se ajunge la venirea pe lume a unui nou individ.

681. **Comportamentul sexual al copilului.** Alfred Kinsey (1894—1956) biolog și statistician american a demonstrat[1] că se pot introduce metode științifice în probleme care par rezervate moraliștilor. Încă din prima copilărie (0—3 ani) se constată erecții la atingerea organelor sexuale, mai ușor de reperat la sexul masculin. După statistica lui Kinsey 31% din indivizi au prezentat orgasme înainte de vîrsta de 12 luni și 50% înainte de 7 ani. Așadar, părinții care constată la copiii lor erecții (rare sau frecvente) trebuie să fie convinși că acestea constituie un fenomen normal.

a) Masturbația infantilă. Cuvîntul masturbație[2] provine de la *manu* și de la *stapro* (a deflora cu mîna); sau de la *manu* și *turbare* (a tulbura cu mîna); sau prin rădăcini grecești, de la *mazdo* (membru viril) și *turba* (tulbure). Masturbarea (oricare ar fi etimologia sa) poate fi definită ca o autostimulare voluntară manuală care produce o excitație erotică. Orgasmul[3] produs printr-o autoexcitație ocazională nu intră, în sensul precis al cuvîntului, în cadrul masturbației. Esențial este autostimularea voluntară a organelor sexuale: cu mîna sau cîteodată, la fetițe, prin contracții musculare, prin strîngerea și frecarea coapselor. Masturbarea la copil era apreciată pînă de curînd ca semn de debilitate mintală sau de boli mintale severe. Chiar unii medici speriau familiile că un copil care se masturbează este ori anormal ori va „înebuni". Adevărul este că în toate grupele etnice umane, masturbarea ocazională, rară, apare ca naturală, fiziologică și poate fi acceptată ca atare. Voluntară și deliberată, ajungînd adesea la orgasm, masturbarea este frecventă. După unii autori cea mai mare majoritate a indivizilor umani (9 masculi din 10, 8 femele din 10) au practicat cel puțin odată masturbația; o activitate așa de răspîndită și generalizată nu poate fi atribuită unor factori anormali. Practicarea ocazională, pe timp scurt, fără alte tulburări, nu trebuie culpabilizată. Atitudinile nepotrivite (învinovățire, amenințări, umiliri) pot duce la însingurarea copilului și respingerea sexului opus (complexe de inferioritate). Pe de altă parte, practicarea repetată de nenumărate ori, reflectă fie un substrat psihopatic, fie unul nevrotic. Mediul familial și concepțiile retrograde de educație și consultarea unor materiale pseudoștiințifice sînt la originea practicării sistematice a masturbației.

Am dat o extindere mai mare acestei probleme delicate pentru că am fost confruntați adesea cu astfel de consultații, iar părerile și sfaturile noastre deși primite cu jenă și scepticism, s-au dovedit eficiente.

b) Curiozitate sexuală și pudoare. Chiar de la patru sau cinci ani, copilul este capabil să manifeste o mare curiozitate sexuală, de a arunca o privire lacomă pe nuditatea corpurilor. Aceste atitudini și impulsuri care încalcă „bunele maniere" sînt naturale, chiar față de ființele cele mai apropiate. Dorința geloasă de a merge în patul părinților, tandrețea cîteodată excesivă și aproape carnală de care dau dovadă unii copii pot fi numite *sentimente oedipiene*[4]. De fapt ei exteriorizează un *libido*[5] pentru un corp: mama este pentru băiat prima femeie (poate fi perfect înlocuită cu o mătușă, o soră mai mare etc.). Comportamentul copilului față de carnația altora (și a sa) este departe de a fi univocă. În unele reviste și magazine de vacanță (imitînd moda din unele

---

[1] Comportamentul sexual al bărbatului (1948) și Comportamentul sexual al femeii (1953)

[2] Mai este numită și onanie (după Onan, personaj biblic)

[3] Cel mai înalt punct al excitației sexuale

[4] Atașament erotic al copilului de părintele de sex opus.

[5] Dorința de satisfacere a instinctului sexual.

țări occidentale), precum și în unele filme străine se arată familii sumar îmbrăcate luînd masa într-un cadru pitoresc. La mare, pe plajele de nudiști se văd unele mame care-și arată sînii, copiii mari sînt goi și tatăl își arată o parte din părțile sale intime. Cine ajunge la astfel de exhibiții, la acest naturism insistent, inspirat din unele avantgardisme „liberale" ale *mass-media* ar trebui să se întrebe ce „gîndesc" copiii. Este greu de răspuns la această chestiune fără a invoca un concept care ar putea părea demodat: *pudoarea*[1]. La același individ, pudoarea poate să dispară sau, din contră, să apară.

Cînd sînt mici, copiii preferă să stea goi, fără să se jeneze de adulți, cer să facă baie în prezența și cu ajutorul mamei, pentru ca în preajma pubertății să interzică acestora să mai intre în baie. Este un comportament care se încadrează în concepția tradițională după care „regulile decenței sînt luate nu numai din preceptele moralei, ci sînt legate și de vîrstă, condiții de mediu, caracter, locul unde se găsește, persoane cu care trăiește" (Littré). S-ar putea spune că erau alte timpuri și alte obiceiuri. În ce ne privește, din observațiile noastre, socotim că *mama și întreaga familie să nu cultive la copil un simț al pudoarei precoce și exagerat*. În primii 4—5 ani, este bine ca un copil să stea cît mai sumar îmbrăcat sau gol în zilele însorite sau calde, să facă baie și să stea pe plaje dezbrăcat, pentru a beneficia din plin de acțiunea factorilor naturali. Cu timpul, indiferent de concepțiile familiei, copilul aderă sau devine opozant la un anumit comportament în funcție de temperamentul său: flegmatic sau emotiv, ușuratic sau grav, influențabil sau hotărît, conformist sau independent, sociabil sau izolat, cu plăcere precoce pentru „jocurile dragostei" sau indiferent față de acestea.

c) Iubirile copilărești. La rangul de sentimente, copiii de școală pot să dezvăluiască ceea ce se cred (sau se numesc) iubiri („amoruri") copilărești. Această formă foarte elaborată a sexualității rămîne adesea discretă, chiar secretă. Nostalgia, insomnia, lipsa de poftă de mîncare, laconismul, neatenția la școală pot fi consecințele nebănuite ale unor „doruri ale inimii". Este vorba mai mult de „trăire" decît de comportament; aceste prime manifestări de iubire umană au un loc și o calitate deosebită. Părinții au datoria de a fi discreți și înțelegători cu aceste trăiri, adesea trecătoare.

d) Diversitatea comportamentelor. Trebuie subliniate două noțiuni importante: **a)** Există o diferență netă între comportamentul sexual al celor două sexe. Erotizarea este mai întîrziată la fete. Așa se explică frecvența și precocitatea masturbării la băieți. **b)** Oricare ar fi sectoarele de comportament sexual (masturbare, atracție pentru nuditatea corpurilor, tendință exhibiționistă[2], pudoare, jocuri sexuale, sentimente amoroase) acestea sînt curente, dar foarte diferite de la un individ la altul. Față de trezirea „simțurilor" sexuale ale copiilor, este necesară din partea adulților o atitudine nuanțată, adaptată fiecărui copil și făcînd apel la o informație sexuală științifică.

682. **M a t u r a ț i a s e x u a l ă. a) Începuturile pubertare.** Pubertatea se instalează treptat, continuu, cu manifestări ce se asociază cu creșterea staturală și ponderală, în funcție de natura gonadei (masculină sau feminină) care are un rol preponderent în dinamismul evolutiv al copilului. Semnul distinctiv sexual este imprimat chiar în etimologia cuvîntului pubertate (de la *puber* = păr) (vezi tabelul 6.1., pag. 322). Semnele fiziologice caracteristice ale instalării pubertare sînt: apariția primelor menstruații la fată; prima ejaculare spontană la băiat sub forma unei poluții nocturne (fenomen mai discret). Aceste

[1] Bunăcuviință, atitudine decentă care trebuie păstrată în acțiuni, îmbrăcăminte, înfățișare, vorbire...

[2] Obsesie bolnăvicioasă care face pe unele persoane să-și expună organele genitale.

manifestări nu implică maturitatea sexuală definitivă. Aptitudinea pentru procreare încă nu este conferită: primele menstruații sînt fără ovule, iar spermatozoizii sînt absenți în primele ejaculări. Vîrsta nubilității (starea celui sau celei ce este la vîrstă de a se căsători) este legalizată la 16 ani la fete și 18 ani la băieți. Debuturile pubertare sînt foarte variate. Prezența semnelor pubertare sub vîrsta de 8 ani sau lipsa lor peste vîrsta de 17 ani obligă părinții să se adreseze medicului.

b) Evoluția sexuală la fete. Modificările externe sînt: dezvoltarea labiilor mici și mari, pigmentarea acestora din urmă, creșterea volumului clitorisului, vulva trece de la verticalitate la orizontalitate, apariția pilozității pubiene triunghiulare, dezvoltarea sînilor și mameloanelor. Creșterea masei musculare este mai puțin importantă la fete decît la băieți. Mucoasa vaginală își schimbă aspectul, uterul se mărește și se înclină înainte, ovarele cresc în volum, începe maturația foliculilor ovarieni, care mai tîrziu vor elibera ovule, dînd ciclului menstrual întreaga sa semnificație (vezi punctele 65, 66, 67, 69).

c) Evoluția sexuală la băieți. Din al 11-lea an de viață (în medie), la băieți, primul semn pubertar este mărirea testiculelor datorită lărgirii tubilor seminiferi. În același timp se dezvoltă celulele Leydig (glanda endocrină testiculară) ce secretă hormoni androgeni (testosteron etc.) care vor contribui la stabilirea caracterelor sexuale secundare. Paralel penisul se alungește și se îngroașe; pielea scrotului se îngroașă și se pigmentează; prostata și veziculele seminale se măresc. Spre 14 ani (în medie), părul pubian apare la rădăcina penisului pentru a urca progresiv în romb spre ombilic pe care-l va atinge după vîrsta de 15—16 ani. Pe lîngă pilozitatea axilară (care există la cele două sexe) la băiat apar fire de păr pe tot corpul (mai ales pe piept și pe fețele de extensie ale membrelor) și sub formă de bărbă la față. Spre 14—15 ani, laringele se modifică la băieți: mărul lui Adam iese în relief, corzile vocale se alungesc și vocea coboară în ton (schimbarea vocii). Apariția spermatogenezei semnează maturația sexuală (vezi punctul 68).

d) Mecanismele fiziologice. „Evoluția pubertară începe, se dezvoltă și se termină datorită unui joc complex de influențe stîrnite și manifestate la diferite nivele, într-o succesiune și o integrare bine ierarhizată. Aceste reacții în lanț duc la metamorfozarea țesuturilor și organelor; cele mai vizibile transformări afectează aparatul genital, scheletul și mușchii, pielea și părul, dar se înțelege de la sine că organismul este interesat în mod global" (Robert Laplane și colab.). Această „mașinărie" — delicată dar de cele mai multe ori foarte bine reglată — poate da loc cîteodată la unele dezechilibre care determină neliniște și indispoziție la copil; sînt necesare explicații și sfaturi liniștitoare din partea părinților și uneori din partea unui medic priceput.

e) Aspecte psihologice. Odată cu diferențierea bruscă și evidentă a sexului, erupția sexualității, erotizarea, manifestarea sau, de cele mai multe ori refularea trăirilor aduse de maturarea sexuală, adolescentul capătă un nou rol uman, mai departe de familie și într-o societate nouă. Pe lîngă avalanșa informațională adusă de *mass media*, adolescentul este supus unei concurențe mari impusă de școlarizare, formarea într-o meserie, ocuparea unui loc corespunzător în grupul de care aparține, ceea ce îl face nu numai să depună din ce în ce mai multe eforturi, dar și să reflecteze asupra propriului său destin. Pe deasupra, pubertatea este vîrsta cînd ființa umană se preocupă cel mai mult de frumusețea corpului: a crescut prea mult sau dimpotrivă prea puțin? are tendința să se îngrașe? cum trebuie îngrijit acest corp? ce face cînd mai apar și supărări cu bubulițele care-i urîțesc fața (acneea juvenilă)? este frumos (ă) sau așa cum spun ei în jargon—„nasol"? sînii sînt prea mari (mici)? De aici mai ales la fete, popasuri lungi în fața oglinzii, folosirea cosmeticelor,

îmbrăcăminte mai mult sau mai puțin inspirată, accese de cochetărie sau din contră, de renunțări, cîteodată teme obsesionale. În plus, există conștientizarea organelor sexuale în plină dezvoltare și a zonelor erogene corespunzătoare. Menstruația[1] — chiar anunțată — nu este totdeauna acceptată de unele fete (ca și feminitatea). Sosirea naturală a acestor metamorfoze este admisă treptat. Pe lîngă propriul corp, adolescentul observă că și corpul celuilalt sex s-a schimbat. Fetița și băiețelul care nu erau decît camarazi, nu mai împărtășesc aceleași jocuri, au devenit diferiți, poate chiar tulburători. Se nasc emoții, chiar spaime. Totuși va trebui, în funcție de această trezire a simțurilor care invadează pe fiecare, să se adapteze acestui tovarăș... și, poate, într-o zi partener. Nu este totdeauna ușor. Băieții sînt mai schimbători printr-un instinct mai intens și mai impulsiv; fetele — cu o luciditate mai mare și cu o erotizare mai mică îi antrenează spre căutări sentimentale exaltate, mai mult prin cuvinte decît prin gesturi. Trebuie subliniat că la băieți pubertatea are o intensitate mult mai mare. În această dezlănțuire a simțurilor, unii apelează la masturbare. Din punct de vedere fiziologic *această practică nu are inconveniente dacă este trecătoare*. La cei mai mulți survin ejaculări, „poluții" spontane (în medie 2—14 pe săptămînă) mai ales în cursul nopții, cu sau fără vise, care sînt reglatoare excelente cu atenuarea altor reacții erotice.

Tradiționalul *flirt* poate da naștere la legături de stabilitate sentimentală, chiar de destin. *Comportamentul și psihologia adolescentului sînt influențate mult de modificările pubertare, dar este o greșeală în a explica prin acestea toate dezordinile mintale (isteria, fobiile, psihozele, diferite dereglări cerebrale), toate insuccesele școlare, tulburările de inserție socială etc.*

683. **Mediul social și familial.** Nu trebuie atribuit sexualității pubertare ceea ce ține de fapt de dezvoltarea generală a adolescentului, de îmbolnăviri sau de mediul social și familial. Respectul datorat părinților, armonia familială, încadrarea în grupul social (clasă, organizații de masă etc.), tradiția poporului nostru în materie de viață conjugală, vor fi zidurile care vor stăvili impetuozitatea juvenilă necontrolată. Față de această vîrstă „ingrată" părinții au o sarcină tot atît de ingrată. Părinții oscilează între două afirmații contradictorii și totdeauna vehemente: „Tu ești încă un copil", care pune problema supunerii și „Tu nu mai ești un copil", care pune problema responsabilității. Supunerea și responsabilitatea sînt polii în jurul cărora se orientează raporturile părinți — copii. Din păcate, familia nu mai este pentru unii adolescenți o referință robustă. În aceste decenii de revoluție politică și economică, au apărut la noile generații alte concepte intelectuale, sociale, morale, științifice și artistice. Unii adulți prin locul de naștere, meseria și educația primită nu înțeleg noul mod de gîndire și de trăire al urmașilor. În fața rigidității părinților, a neadaptării lor, copiii au și ei reacții tot pe atît de puțin constructive, fie de închistare, fie de expansiune debordantă sau chiar de evadare. Adolescentul, pornit prin școli de tot felul, în alte localități, dezlipit de familie trebuie preluat de școală, de organizațiile de masă tinerești, de colectivul de lucru în care-și duce viața. Toți cei care cunosc pe copiii și pe adolescenții de la noi știu că marea lor majoritate știu ce este disciplina, autocontrolul și controlul: sînt dornici să cunoască, să învețe să muncească. Pe scurt se străduiesc să devină adulți, să fie cît mai competitivi (pentru ei personal și pentru instituția unde lucrează), să trăiască civilizat, rațional, deasupra instinctelor primare și a viciilor de tot felul.

[1] Vezi punctele 65 și 66

684. **Informația sexuală.** În locul termenului „educație sexuală", profesor P. Debray-Ritzen socotește că termenul de informație ar fi mai adaptat realităților. După el „neinformatul", rezervatul, refulatul, feciorul întîrziat sînt candidați la tulburări care merg pînă la perversități sexuale. De aceea este necesar să se informeze (părinți și adolescenți) asupra acestui subiect „tabu" după unele concepții morale înapoiate. Pe de altă parte, nu trebuie să se ajungă, așa cum o fac unele reviste de scandal din occident, la exhibiționism, necuviință organizată sau la mobilizare sexuală. În prezența sexualității infantile, variabilă în forma și momentul cînd se manifestă, sînt de tras unele concluzii:

La copil există o mare curiozitate pentru configurația sexelor, rolul fiecăruia în reproducere. Cîteodată există o gelozie pentru camera conjugală unde se închid părinții și/sau patul conjugal unde domnește o relativă nuditate. Copilul simte de timpuriu că sexualitatea formează un subiect aparte. De aci apare rezerva și pudoarea naturală la mulți copii. Copilul dispune însă de informații paralele (alți copii, reviste, filme, dicționare). S-a spus că aceste informații erau nefaste, că ele tratau subiectul fără menajamente, pe șleau, cu stîngăcie, cu expresii grosolane și astfel relevau sexualitatea într-un înveliș murdar și traumatizant. Acestea sînt interpretări ale adulților, asupra unor amintiri și unor emoții cînd au fost ei copii. Revelațiile despre sexualitate sînt tulburătoare, oricare ar fi forma lor de prezentare. Ar fi poate paradoxal de a afirma că ambianța copilărească a confidenței este poate cea mai naturală.

Profesorul Debray-Ritzen fixează cîteva reguli ce pot fi aplicate în „educația" sexuală a copilului.

a) Înainte de vîrsta de 12 ani (vîrstă aleasă în mod arbitrar) informația sexuală aparține părinților, consilierilor pe care aceștia îi solicită (pediatri, psihiatri, psihologi etc.) și lucrărilor pe care le aleg. Această informație va fi dată în funcție de temperamentul, curiozitatea, întrebările și pudoarea fiecărui copil. Informația se va face cu tact și precizie și dacă s-ar putea, cu un pic de poezie. Adultul (părinții sau medicul) nu trebuie să se ferească să răspundă la întrebările puse în mod deschis, folosind un limbaj simplu. Numai la copilul de 5—6 ani care auzind vreo trivialitate relativ la organele genitale, pune întrebări din teribilism verbal, i se poate spune că întrebarea nu este de vîrsta sa.

Informarea copilului se va face treptat cu completări la orice întrebare nouă. Există însă copii care nu întreabă practic niciodată. Nu este nevoie de a i-o lua înainte. De multe ori se instalează un fel de acord tacit cu copilul; totul se rezumă la a atinge în treacăt subiecte presupuse cunoscute de ambele părți. Se vorbește însă liber. Astfel se va discuta despre o femeie cunoscută (rudă etc.) că este însărcinată, că nașterea a decurs normal, că are un bebeluș sănătos. Dacă copilul întreabă „ce este o naștere?" i se va răspunde „este momentul cînd copilul iese din burta mamei". Dacă pentru copil aceasta constituie o revelație care aduce alte întrebări i se va răspunde natural cu, A, da!... punîndu-l la curent cu fenomene reale, fiziologice, care să corespundă vîrstei și înțelegerii lui. Pe măsură ce copilul se mărește, ca din întîmplare i se vor pune la dispoziție pentru citit lucrări de inițiere și se va ajunge la un schimb de păreri, care vor păstra contactul părinte — copil într-o pudoare reciprocă, pe care, adesea, copilul este primul care o instaurează.

b) Între 12 și 18 ani, se recomandă o informare sexuală netă, deschisă, în cadrul noțiunilor exacte ale științelor naturale. Se va face instruirea necesară despre reproducerea mamiferelor și îndeosebi a omului, așa cum se învață

despre respirație și circulație. Nu trebuie neglijată informarea adolescentului despre riscul bolilor venerice (sifilis, blenoragie) la care se expune în cazul alegerii „la întîmplare" a partenerului sexual.

c) Este de la sine înțeles că „educația" sexuală care se face prin ucenicii, rețete, „lecții" stereotipe, „deliberări" sau interdicții sprijinindu-se pe ideologii (religioase, psihanaliste, contestatare sau artistice) nu-și au locul într-o informație ce se dorește a fi neutră, obiectivă. Trebuie lăsată fiecărei ființe grija de a alege, în acest aspect singular al condiției umane, propriul său destin.

685. **Educația sentimentală.** După „informația" sexuală, drumul cel mai anevoios de străbătut rămîne ceea ce este legat de sufletul omului: „amorurile" copilului, cuceririle, renunțările și „darurile" în căutarea iubirii altuia și cu respectul propriei ființe. Informația sexuală ușurează această continuare. Cu toate acestea, sînt temeri că în școlile în care s-a instituit o metodologie de educație sexuală cu prezentări brute, prefabricate, publice, cu planșe în culori, care prezintă toate viscerele, indispune și descumpănește pe mulți adolescenți.

Debray-Ritzen spune că iubirea este vecină cu arta. Contrar unei îndelungi tradiții estetice arta nu se definește prin ea însăși, ci prin efectele sale, prin emoție. Ca și în artă, iubirea nu se face prin dispoziții ci în funcție de gustul și tendințele fiecăruia; nimic nu este condiționat ca actul sexual. Cu el, obișnuințele se leagă într-un comportament propriu și adesea pentru o viață întreagă, în funcție de natura fiecăruia dintre noi. De aceea, instituirea căsătoriei este un ideal dificil. În funcție de temperament, de educația generală a fiecăruia, de împrejurări, de starea de sănătate, de mediul social și discernămîntul celor doi parteneri, se ajunge la derută sau la armonie (sentimentală, sexuală și socială).

7

VACANȚELE

Pentru orice copil sănătos, vacanțele constituie materializarea dorințelor unui an, mai ales cînd este vorba de „vacanța mare" din vară. Vacanța poate fi o „cură sanatorială", prin înlocuirea mediului obișnuit de viață cu locuri care oferă factori terapeutici: raze ultraviolete, absența unor alergeni, climat stimulativ, aer curat, ape minerale.

686. **Opțiunea pentru concediu la mare sau la munte** depinde de starea de sănătate și de vîrstă.

Zona alpină oferă stimulenți climatici cu aer nepoluat, fără alergeni, oxigenat, răcoros; cadru pitoresc, cu posibilitate de drumeție; se poate recomanda copiilor peste 3 ani, sănătoși, îndeosebi fără boli de inimă, respiratorii acute sau neuropsihice grave. Se aleg stațiuni însorite, fără umiditate și curenți de aer în exces.

Climatul marin oferă o atmosferă ușor sărată, curată, cu umiditate mare, cu briză sau vînt, temperatură relativ constantă și o lumină solară bogată în raze ultraviolete. Inconvenientele curei heliomarine sînt: dificultățile legate de transportul la distanțe mari și cu mijloace de transport aglomerate, tulburările de acomodare ale unor copii, insolația, unele incidente legate de alimentație și faptul că trebuie planificată numai în cursul cîtorva luni din vară, pe termen scurt (circa 12 — 18 zile). Vacanța petrecută în climat excitant (la mare sau la munte, în stațiuni situate la altitudine mare) determină o creștere a imunoglobulinelor (care au un rol esențial în apărarea organismului), cînd cura este suficient de lungă (de circa 3—6 săptămîni).

Zonele subalpine și de dealuri, cu păduri, cu aer aromat, sînt cel mai bine tolerate de copiii sănătoși, convalescenți sau debili. Asigură satisfacerea nevoii de mișcare, de joc, de variație, de cunoaștere a mediului înconjurător și a unor zone pitorești.

Concediul efectuat *acasă* se recomandă pentru familiile cu copii sănătoși care domiciliază în localități cu climat bun (munte, deal, localități situate în zone cu păduri și ape pentru scăldat) sau în orice gospodărie sătească cu curți încăpătoare și cu vegetație bogată. În orașele mari copiii vor fi îndrumați de familii și școală să-și petreacă timpul liber în parcuri, grădini, terenuri de sport. Pentru copiii din aceste familii se recomandă să fie trimiși în colonie (preșcolari), tabără (școlari) sau la rubedenii în alte localități.

Formula „camping", adică dormitul în cort într-o pădure, lîngă apă, lac, mare sau în zona deltei, reprezintă idealul pentru familia cu copii mai mari. Procurarea echipamentului necesar se face treptat, mînuirea lui şi obişnuirea în aer liber se face în prealabil la sfîrşit de săptămînă (1—2 nopţi), în locuri izolate din apropierea oraşului. *Camping*-ul oferă condiţii pentru ca toată familia să-şi desfăşoare viaţa în aer liber. Toţi membrii familiei sau grupului participă la instalare, la gospodărire, la jocurile colective, la drumeţiile organizate în împrejurimi. Munca devine o distracţie. Drumeţia şi organizarea unui *camping* este forma de deconectare care readuce pe om la natură, făcîndu-l să trăiască satisfacţiile vieţii simple şi sănătoase a strămoşilor noştri.

Concediul petrecut într-un sat obişnuit cu o curte ţărănească cu un minim de confort şi cu condiţii de igienă (apă bună de băut, posibilităţi de îmbăiere, closet) asigură satisfacerea nevoilor *de călire* (aer, soare, mişcare), *de curiozitate* (animale, vegetaţie, modul de viaţă rural) şi *de socializare* ale copilului. În cazurile cînd părinţii nu pot pleca în concediu de odihnă şi doresc să trimită copilul la aer, este de preferat să se caute în anturajul lui o persoană pe care o cunoaşte bine şi o simpatizează. Soluţia cea mai bună este să fie trimis la rude, de preferat la bunici, într-un loc unde mai sînt şi alţi copii de vîrsta lui, care să-i satisfacă nevoia lui de înţelegere, de societate şi de joc. În lipsa rudelor se vor căuta prieteni de-ai părinţilor (care au copii) sau camarazi de clasă cu care să fie trimis în altă localitate *(tabără de copii)*. Soluţia pe care o adoptă unii părinţi de a trimite copilul în mai mult de o colonie sau tabără pe vară (contrar dispoziţiilor legale şi principiilor de psihopedagogie) trebuie combătută.

687. **Recomandări pentru copiii care merg la mare sau se expun mult la soare:** 1. Corpul supraîncălzit nu suportă săritura în apă rece. 2. Dacă nu s-a pregătit anterior cu băi de soare, expunerea se va face treptat, în mişcare. 3. Baia în mare nu trebuie să depăşească 15 minute, deodată; se pot alterna: expunere la soare — la umbră — scăldat în mare. 4. Baia nu este recomandată pe stomacul gol, dar nici imediat după masă. 5. Costumul ud trebuie schimbat imediat după baie, pentru a evita răceala. 6. Valurile, oboseala, depăşirea geamandurei pot duce la înec.

688. **Recomandări pentru copiii care merg la munte:** 1. La drumeţie în zonele alpine, pe platou, insolaţia reprezintă un mare pericol; se merge cu capul acoperit. 2. Consumul de alcool, la drumeţie este dăunător. 3. Escaladările, părăsirea grupului sau potecii marcate, mersul pe întuneric, îmbrăcămintea necorespunzătoare, oboseala sînt cauze de accidente. 4. Se va consuma numai apă din termos şi se vor consuma dulciuri concentrate cu valoare mare calorică şi uşor de digerat (zahăr, bomboane, glucoză, şocolată, dulceaţă etc.). Copilul înarmat şi convins cu astfel de cunoştinţe nu face dificultăţi personalului de supraveghere în munca plină de răspundere pe care o are de îndeplinit.

689. **Contraindicaţii de trimitere a copiilor în tabere şi colonii** (Instrucţiuni de aplicare a HCM 500/1965). 1. Bolnavi cu afecţiuni acute sau în convalescenţă; 2. Copii cu cardiopatii sau nefropatii (boli de inimă sau de rinichi); 3. Contacţi direcţi de boli contagioase, pe durata maximă de incubaţie a bolii; se exceptează contacţii care au suferit de rubeolă, rujeolă, varicelă, parotidită. Pot fi trimişi copiii purtători de bacili dizenterici sau bacili difterici — în evidenţă — după sterilizarea bacteriologică; 4. Copii purtători de bacili tifici; 5. Bolnavi cu afecţiuni contagioase de piele: micoze (ciuperci), piodermite, scabie, pediculoză; 6. Copii cu tulburări de comportament, copii cu deficienţe motorii, deficienţe senzoriale grave, deficit intelectual.

690. **Greşeli de alimentaţie în timpul călătoriei.** O practică cu repercusiuni neplăcute este obiceiul de a se da copiilor zarzavaturi (tomate) sau fructe culese direct din preajma şoselelor sau procurate de la vînzătorii ambulanţi. Se ştie că la noi în ţară se folosesc pe scară largă insecticidele, substanţe extrem de otrăvitoare. Pe lîngă otrăvuri, fructele şi zarzavaturile nespălate pot aduce în organismul copilului microbi (diarei infecţioase) sau ouă de paraziţi intestinali *(Giardia, Ascaris, Oxiuris)*. De aceea, orice fructe şi zarzavaturi (tomatele, morcovii) se spală la jet de apă de robinet sau într-un vas din care se schimbă apa de mai multe ori.

691. **Răul de transport** („de maşină", „de avion", „de vapor", mai rar „de tren"). În timpul transportului unii copii au greţuri, ameţeli, vărsături, dureri de cap şi/sau leşinuri. Sugarii şi copiii vor fi alimentaţi uşor, numai cu lichide, în cantitate mică, înainte de plecare; cînd călătoria durează puţin (1—4 ore), este de preferat să nu se alimenteze deloc copilul (înainte şi în timpul călătoriei). Dacă, dimpotrivă, deplasarea se face la mare distanţă cu automobilul, se vor face popasuri dese şi prelungite pentru liniştirea şi alimentaţia copilului. La copiii cu rău de maşină se preferă ca alimentaţie: lichide bine îndulcite (ceaiuri, compoturi, citronade), iaurt, miere de albine, dulceaţă, gemuri, biscuiţi, supe, borşuri, carne rasol, caşcaval. Se vor administra medicamentele prescrise de medicul curant, consultat înaintea plecării la drum.

692. **Adaptare în concediu.** Copiii, mai ales cei mici, au nevoie de mai mult timp decît adulţii pentru a se adapta mediului nou (locuinţă, alimentaţie, program) sau climei. În primele zile, unii sînt mai nervoşi, mai agitaţi. În condiţii de climă excitantă (mare, munte) este necesară o perioadă mai îndelungată de adaptare, pentru preşcolar uneori chiar o săptămînă. De aceea, la copiii mici (pînă la 6—7 ani), durata concediului într-un loc este bine să fie în medie de 2 săptămîni. Schimbarea rapidă şi frecventă a localităţii face ca preşcolarii şi şcolarii mici să nu se odihnească deloc în timpul vacanţei, fiind mai receptivi la îmbolnăviri, chiar şi după vacanţă.

Nu se pleacă cu copiii mici „în circuit"!

Copiii mici preferă să meargă în vacanţe în acelaşi loc mai mulţi ani. Ei nu împărtăşesc bucuria adulţilor de a schimba mereu decorul, de a vedea peisagii, monumente istorice şi oraşe noi.

693. **Exercitarea rolului de părinţi.** Actualmente, angajarea pe multiple planuri a părinţilor a adus cu sine o diminuare a funcţiei de bază a oricărei familii: educaţia copiilor. Este necesar ca acum, în vacanţă, cînd avem răgaz, să încercăm să trăim cît mai mult misiunea noastră de bază. Înainte de pubertate dorinţa cea mai mare a copiilor este să fie împreună cu părinţii, nestingheriţi de obişnuitele tracasări cotidiene. În cursul anului ei nu-şi văd tatăl (şi mama, dacă este în cîmpul muncii) decît seara sau la sfîrşit de săptămînă. Buna dispoziţie ce domneşte în sînul întregii familii în timpul unui concediu reapropie pe copii de părinţi.

Cel mai mare dar pentru copii în vacanţă: părinţii lor.

Tatăl în vacanţă. De cele mai multe ori, din cuplul părinţilor şi chiar din grupul întregii familii, tatăl este cel ce poate pune probleme. Vechiul deziderat pedagogic ca tatăl „să fie în viaţa copilului cel puţin două ore pe zi" este greu de realizat în epoca modernă. De multe ori el rămîne doar „teoretic" un educator al propriilor copii, fie din motive subiective (lipsa de vocaţie, de

interes), fie din motive obiective (lipsa de timp, specificul activității profesionale etc.). Dintr-o dată se vede în postura de a avea „timp" pentru familie, rol în care, în sinea lui, se simte stîngaci și atunci apare riscul de a se manifesta pe linia autorității pe care i-o dă calitatea de „șef de familie", încercînd să impună familiei propriile lui concepții și „planuri" de vacanță.

Unii au ca prim obiectiv „să doarmă" pentru a „se reface", deziderat ce intră în conflict imediat și flagrant cu al copiilor care vor să se joace, să se miște tot timpul; „gălăgia" copiilor care se bucură de schimbarea decorului și de libertate îi „strică" concediul de la început. Alții sînt încă sub imboldul agitației cotidiene: „mînă" copiii în apă pentru a-i învăța să înoate, îi duce în trap pe primul vîrf de munte sau îi poartă la oricare obiectiv turistic, negustat de copiii mici și mijlocii (galerii de artă etc.).

Respectarea personalității și dorințelor fiecăruia (în primul rînd a celor mici), mișcarea, răgazuri lungi de convorbiri și comunicare reciprocă sînt remediile ideale. În locul disciplinei stricte și a ordinelor brutale, jocurile, glumele și repausul aduc bună dispoziție la întreaga familie. Adesea a doua sau a treia zi de concediu reprezintă un „punct mort" cu supărări și certuri. Cine realizează că acest moment dificil nu este o rezultantă exclusivă a problemelor de familie, ci *și a unor reacții fiziologice de adaptare a organismului la noile condiții de viață, de climă, de alimentație, de modificare a ritmului zilei, este înarmat cu posibilitățile de a atenua momentele dificile.*

Mama reprezintă persoana centrală a concediilor. După ce pregătirile au fost făcute numai de ea, în multe familii rămîne ca tot ea, în timpul vacanței, să fie „tampon" între părțile intrate în conflict, „magazionerul" care trebuie să aibă grijă de lucrurile fiecăruia și menajera familiei, iar cîteodată și „hamalul" care duce gustarea la iarbă verde sau pe plajă. *Trebuie ca totul să se desfășoare la persoana I-a plural: „să petrecem", „să pregătim masa", „să facem curățenie", „să facem și să ducem bagajele". Mama are aceleași drepturi și îndatoriri ca oricare alt membru al grupului sau familiei.*

Copiii vor fi deprinși să muncească, să participe la activitățile colective sau de îngrijire ale propriei lor persoane. Copilul, oricît de mic, trebuie învățat să-și facă și să-și poarte singur micul său bagaj, să-și țină patul în ordine, să participe la punerea și ridicarea mesei, să mănînce singur, să fie atent la aspectele de igienă personală și colectivă.

Vacanța la munte

694. Rîndurile ce urmează sînt adresate acelora care iubesc muntele, îndeosebi adolescenților care organizează excursii cu grupul de prieteni sau merg iarna la schi. În astfel de excursii este obligatoriu ca cel puțin unul din grup să cunoască bine ruta aleasă (este de preferat ca asemenea excursii să fie făcute în societatea unui adult) care-și asumă o mare responsabilitate. Alegerea tovarășilor de drumeție se va face după criteriul „potrivirii" sub aspectul antrenamentului, dar și al înțelegerii și comuniunii sufletești. Iubitorii de munte și alpiniștii sînt grevați de o mare responsabilitate, atît pentru propria persoană, cît și pentru toți tovarășii de drum.

Antrenamentul pentru drumuri lungi în munți nu trebuie subapreciat. Prin cîteva ieșiri mai mici, pregătitoare, se va aprecia (cu simț autocritic) și se va putea îmbunătăți *condiția fizică* în vederea unei drumeții alpine, pline de exigențe și surprize. *Călirea fizică* (capacitatea organismului de a se adapta la variații climatice nefavorabile: frig, umezeală, căldură) se realizează în cursul

copilăriei prin îmbrăcăminte adecvată, dușuri alternante (calde/reci), dormitul cu fereastra deschisă etc.

Echipamentul cuprinde:

a) îmbrăcăminte adecvată anotimpului: — lenjerie de corp (mai multe schimburi); bluze sau cămăși din bumbac; pulover, hanorac, bluză de vînt impermeabilă sau pelerină; căciulă sau șapcă (în orice anotimp); mănuși (cu un singur deget); ciorapi sau șosete din bumbac sau lînă. Se știe că mai multe straturi de îmbrăcăminte subțire sînt mai călduroase decît un singur strat gros (principiul termosului). Îmbrăcămintea călduroasă trebuie să fie prezentă în rucsac chiar cînd vremea e bună (pentru popasuri, cînd corpul încălzit trebuie protejat și pentru eventualitatea unor schimbări neprevăzute de vreme: ploaie, furtună, ceață, frig). Încălțămintea trebuie să fie comodă și îngrijită (bine unsă înainte de folosire); pentru cei cu piele fină și tendință de a face bășici se recomandă aplicarea preventivă a mai multor straturi de leucoplast în regiunea călcîielor, deasupra degetului mic și pe fața dorsală a celorlalte degete de la picioare;

b) echipamentul special (schiuri, legături și bețe de schi, echipament de alpinism etc.) depășește cadrul acestei cărți. Vom sublinia doar că acesta va fi revizuit, reparat sau reînoit din timp pentru a se evita orice defecțiune care poate fi neplăcută, chiar fatală în unele împrejurări.

Viața în *cabană* obligă la respectarea regulilor de conviețuire civilizată: evitarea manifestărilor gălăgioase, acceptarea fără murmur a unor disconforturi ca existența unor condiții igienicosanitare (uneori precare), dormitul pe priciuri etc.

La părăsirea cabanei se recomandă să se aducă la cunoștința cabanierului ruta programată pentru ziua respectivă.

Pericolele mediului alpin

695. Eritemul solar (înroșirea pielii prin acțiunea razelor solare) nu diferă de cel descris la punctul 704).

696. Insolația (datorită acțiunii razelor solare asupra capului descoperit) se manifestă prin dureri de cap, greață, uneori vărsături, amețeli. Această formă ușoară se combate cu repaus la umbră, comprese reci aplicate pe frunte și în zona cefei, eventual administrarea unei tablete de aspirină sau antinevralgic. Dacă expunerea la soare continuă, simptomele se accentuează: apare febră mare, pînă la 41°C și dureri în regiunea cefei, cu rigiditatea acesteia („nu poate pune bărbia în piept"), apoi pierderea stării de conștiență. În această situație este obligatorie asistența medicală calificată.

Pentru prevenirea insolației se va purta pe cap o pălărie sau căciulă de culoare deschisă (și cînd cerul este înnorat!).

697. Șocul caloric (vezi punctul 905). Bolnavul va fi așezat culcat la umbră, vor fi îndepărtate o parte din haine, se vor aplica comprese reci. De îndată ce redevine conștient va primi lichide în cantități mici (cu adaos de sare) pentru a compensa pierderile prin transpirație. După cel puțin o oră se va porni înapoi la cabană, drumul fiind făcut cu multe pauze pentru odihnă (pericol de insuficiență cardio-circulatorie). Se impune repaus complet a cabană timp de 2—3 zile. În cazurile grave se apelează la „Salvamont"!

698. Orbirea prin zăpadă se produce prin reflectarea razelor solare de pe stratul de zăpadă și acțiunea acestora asupra conjunctivei ochiului (dureri, înțepături) și/sau asupra retinei (orbire pasageră). Pentru prevenire se vor purta ochelari de soare.

699. Leziuni prin frig. Se deosebesc 2 forme: *înghețarea* (hipotermia generală accidentală) și *degerăturile* (leziuni locale).

a) Hipotermia apare cînd copilul este expus multă vreme la acțiunea frigului (și umezelii) în condiții de efort mare (jocuri epuizante sau mers întins) sau cînd este surprins de o bruscă înrăutățire a vremii sau de căderea nopții (la munte) fără a fi echipat corespunzător.

Instalarea hipotermiei este *favorizată* de *oboseală*, de *aport alimentar neadecvat*, *de starea psihică* (teama, dezorientarea în condițiile de mediu devenite agresive), *de dozarea necorespunzătoare a efortului*. Scăderea temperaturii corpului este accentuată prin *vînt* (care dispersează stratul protector de aer reținut între haine) și prin *apă* (fie din exterior—ploaie, fie din interior—transpirație). De aceea lenjeria de corp trebuie menținută uscată (schimbată la nevoie), iar stratul exterior (hanoracul, canadiana) să fie impermeabil. Acestea din urmă se vor îmbrăca înainte ca hainele de dedesubt să fi fost udate. Este obligatoriu de purtat ceva pe cap, deoarece pierderea de căldură este considerabilă la nivelul capului.

Primele *semne* de suferință, în caz de hipotermie, sînt: mersul împleticit, necoordonarea mișcărilor, apoi instabilitatea psihică, apatia, confuzia mintală. În final apar: rigiditate musculară, convulsii, urmate de pierderea stării de conștiență. Decesul poate surveni la 2—3 ore după primele simptome. Totuși unii „înghețați morți“ (reci la atingere, fără puls și/sau fără respirație) au putut fi recuperați.

Prim ajutor. Nu trebuie „forțat“ copilul „să iasă“ din hipotermie. Copilul va fi ferit de vînt, în timp ce hainele ude vor fi înlocuite cu altele uscate; va fi izolat de sol; corpul va fi „înghesuit“ între mai multe persoane care-i furnizează din propria căldură sau va fi plasat într-un sac de material impermeabil, pentru a se evita pierderea ulterioară de căldură. Dacă e posibil, se vor da lichide calde, îndulcite. Nu se vor administra băuturi alcoolice! Transportat imediat la cea mai apropiată cabană sau refugiu, copilul nu va fi reîncălzit prea rapid, din cauza riscului de dezechilibrare a termoreglării (risc mare de deces!). Se vor aplica sticle cu apă caldă, pături încălzite în prealabil, comprese umede fierbinți. Odată cu revenirea conștienței se vor da din abundență lichide fierbinți îndulcite (cu zahăr sau glucoză), chiar cu puțin adaos de alcool.

b) Degerăturile apar la ger uscat, în zonele expuse: nas, urechi, obraji, degetele de la mîini și picioare. În prevenirea lor se va veghea ca încălțămintea să fie lejeră, să permită încălțarea de șosete de lînă, iar mănușile — din lînă — să fie cu un singur deget. Pentru protecția pielii feței pot fi folosite creme grase.

Degerăturile au mai multe grade de gravitate:
— *gradul I:* pielea este albită, devine insensibilă (amorțită, dispărînd brusc senzația de frig). Poate fi tratată pe loc. *Orice membru al grupului trebuie să surprindă modificările de culoare a pielii la ceilalți.* Imediat ce pielea se albește, se caută un loc ferit; partea afectată va fi încălzită, iar pentru degete se vor face mișcări active. Odată cu revenirea la normal a culorii pielii, se poate relua activitatea.
— *gradul II:* apar leziuni ale țesuturilor; pielea este albă și moale, dar în 24—48 ore se pot forma vezicule, care — ulterior — se acoperă cu o coajă neagră, insensibilă.
— *gradul III:* sînt afectate straturile profunde (mușchi, tendoane); zona degerată este rece, indurată („țeapănă“), de culoare albastră sau gri. Senzația de durere lipsește la început („anestezie“) și — în ciuda aspectului gangrenos — copilul își poate mișca degetele (sau poate merge).

Primul ajutor pentru degerăturile de gradul II și III constă în *încălzirea rapidă* a zonei degerate. *Este interzis a se freca cu mîna sau cu zăpadă* porțiunea degerată, fiindcă se produc leziuni ce cresc pericolul de infecție. În orice refugiu (chiar improvizat) sau în cort se va începe acordarea de ajutor, oferindu-i copilului lichide calde (în cabană, copilul va fi așezat lîngă o sobă caldă), apoi se va introduce membrul afectat într-un vas cu apă la temperatura camerei, în care se va adăuga treptat apă caldă, pînă se atinge temperatura de 41—42°C (măsurată cu termometrul sau cu mîna neafectată de frig — nu trebuie să producă senzația de disconfort). Dacă nu există vas, apa caldă se va turna peste o cîrpă sau îmbrăcămintea care acoperă partea lezată. Încălzirea trebuie să dureze minimum 20 minute, iar temperatura apei să nu scadă sub 42°C. Dacă nu se pot procura lichide calde, partea degerată va fi așezată *(direct pe piele)* în axila sau pe abdomenul unei persoane calde. Veziculele nu se sparg (pericol de infecție). Între degete se pun comprese uscate absorbante. Evacuarea se va efectua după obținerea încălzirii, protejînd zonele lezate de orice traumatism mecanic *(în cazul degerăturilor la picioare, după încălzire, mersul este interzis!).*

Vacanța la mare

700. Azi, marea cu soarele, plajele și lumea marină a devenit tentația de vacanță a multor oameni. Climatul marin răscolește biologic profund și rapid orice organism (mai ales cele în creștere), stimulînd creșterea, funcțiile de apărare, metabolismul în general și îndeosebi al vitaminei D și al calciului, în sfîrșit, are un rol care încîntă pe oricine: bronzarea pielii. Marea oferă condițiile celui mai complet și util sport: natația. Cu toate aceste tentații de sănătate și de încîntare, cura heliomarină, cel mai excitant climat, implică și multe riscuri, incidente și chiar accidente.

Indiferent de vîrstă și de starea de sănătate, un copil nu va fi dus la mare fără avizul pediatrului care a cunoscut și tratat copilul încă de la naștere.

Copilul sănătos. Pediatrul va da avizul după ce analizează tot trecutul copilului și, mai ales, dacă a suferit la naștere (sechele neurologice), cum s-a adaptat la modificările mediului înconjurător, cum a tolerat alimentația și aplicarea factorilor naturali în diferite situații, îmbolnăvirile care au lăsat sechele, precum și dacă în ultimele zile sau săptămîni a fost în contact cu vreo boală contagioasă, care este în perioada de incubație și care poate deveni manifestă în timpul curei. Se face apoi un examen clinic amănunțit pentru a depista semnele vreunei îmbolnăviri recente. Se analizează și condițiile în care este dus copilul la mare: persoanele care-l însoțesc și îngrijesc, mijloacele de transport, locul unde va fi cazat, modul de alimentație. Se vor da apoi îndrumări amănunțite adaptate curei heliomarine și individualizate la copilul respectiv. Se va întocmi o mică trusă de medicamente. Un criteriu controversat este vîrsta de la care se pot duce copiii la mare. După experiența noastră, un copil sănătos poate fi dus la mare (fără mari riscuri pentru el și fără a stînjeni prea mult concediul adulților) numai după ce merge bine, nesprijinit și fără să obosească repede (peste vîrsta de $1^1/_2$—2 ani).

Copilul „bolnav“ sau „cu probleme“. Dintre copiii care necesită cură heliomarină din motive medicale, amintim: **a) copiii cu infecții respiratorii repetate; b) bolile alergice; c) viciile de postură** (de poziție), favorizate de spațiu restrîns (frînează nevoia copiilor de mișcare), încălțămintea neadecvată. **d) Obezitatea.** Copiii cu tendință la obezitate beneficiază de cura heliomarină cu condiția să facă multă mișcare și să reducă rația calorică. Este bine ca acești copii să nu mănînce la mese cu diete normale. **e) Unele indicații speciale** pentru cura heliomarină (rahitism tardiv sau sechele, unele boli de piele sau ale oaselor etc.) se vor face prin cabinetul de specialitate din dispensarul policlinic pentru perioade mai lungi și cu proceduri bine stabilite.

701. Contraindicații. Pentru a evita efectele negative ale climatului marin, respectarea contraindicațiilor este mai importantă decît a indicațiilor. Contraindicațiile esențiale sînt: **a)** boli acute și pusee acute ale unor boli cronice; **b)** boli cronice cu tendință la decompensare (inimă, ficat etc.); **c)** boli cronice ale rinichilor și căilor urinare; **d)** boli consumptive (leucemii, cancere); **e)** boli grave neurologice și psihice; **f)** tulburări hormonale și dezechilibre metabolice; **g)** boli convulsivante insuficient controlate: **h)** dezechilibre neurovegetative la copii cu *habitus* astenic și neliniște motorie. Din păcate, la trimiterea copilului la mare medicul nu este consultat totdeauna; în opțiunea pentru cura heliomarină domină adesea dorința adulților, în dauna cîntăririi contraindicațiilor pentru copil.

702. Măsuri înainte de cură. a) Copilul sănătos. Odată cu venirea verii, trebuie folosit orice prilej pentru obișnuirea copilului cu expunere la aer și soare. Se începe cu băi de aer în cameră (copilul va fi ținut cît mai sumar îmbrăcat sau, pe perioade scurte, complet gol, dacă este cald afară și în cameră); apoi, în zilele însorite, va fi lăsat să se joace cît mai mult afară, cu o pălăriuță pe cap, desculț și îmbrăcat numai cu o cămășuță cu mîneci scurte și cu pantalonași scurți. În zilele de sărbătoare toată familia va merge undeva, unde se face plajă și baie. Toată familia va pleca la mare cu un început de bronzaj și aptă pentru a expune pielea la aer, soare, vînt, apă, fără dificultăți.

b) Copilul bolnav. În cazul bolilor aparatului respirator se recomandă asanarea prealabilă a focarelor și permeabilizarea respirației nazale. Testarea alergenelor este bine să fie făcută, iar desensibilizarea poate fi continuată cu succes în climatul marin, sărac în alergene.

În concediu se vor prefera camerele cu ziduri sănătoase (fără mucegaiuri), cu mobilier simplu, nou, fără obiecte îmbîcsite cu praf (covoare, scoarțe, perdele), fără perne cu fulgi, fără păsări împăiate sau animale de curte, acestea favorizînd producerea sau declanșarea alergiilor.

Trusoul. Se procură: 2—3 costume de baie, o pălăriuță sau o șapcă (de culoare deschisă), o pereche de încălțăminte cu talpă flexibilă, o pereche de papuci, cămăși, chiloți, prosoape, 2 rînduri de haine (unul ușor pentru zilele călduroase și celălalt pentru vreme nevaforabilă), termos, obiecte pentru jocul în nisip, minge, colac de salvare.

Trusa medicală. O cremă sau emulsie „de apărare" ce se aplică înainte de expunere, o emulsie „de protecție" care se aplică după întoarcerea de la plaje, un unguent sau spray (ex. Bioxiteracor) pentru eriteme sau arsuri; un medicament calmant ce se poate da în caz de dificultăți de adaptare (nervozism, insomnie, inapetență), un medicament antidiareic, antitermice, cele necesare pentru pansarea rănilor.

703. Recomandări de program. Soarele este factorul cel mai important în înfrumusețarea și călirea corpului, dar în același timp poate fi și un dușman redutabil: produce leziuni ale pielii, dintre care cel mai frecvent este eritemul actinic (piele roșie, lucioasă, dureroasă, vezicule).

Persoanele brunete și cele care au avut grijă ca înainte de a ajunge la mare să-și expună pielea la soare, tolerează mai bine soarele, fără incidente, chiar la expuneri mai lungi. Blonzii și roșcații sînt mai sensibili la razele soarelui. Sensibilitatea la soare variază și cu vîrsta. Între 3 și 4 ani și spre adolescență, copiii suportă cel mai bine soarele. Între 5 și 8 ani ei cunosc o perioadă de sensibilitate mai mare. Trebuie să se țină seama că ochii și capul sînt zonele cele mai sensibile la acțiunea directă a razelor solare (scăderea vederii, insolație).

Regula de aur a expunerii la soare și a bronzajului este progresivitatea.

Se va alege un loc de plajă cu nisip fin, cu acces ușor în apă (fără mal abrupt, fără pietre sau stînci, fără cochilii de melci și scoici, fără depozite de ierburi marine), cu fund de mare cu nisip fin, fără gropi sau alte neregularități și care se adîncește progresiv. Dacă plaja nu are zone cu umbră (zăvoi, copaci), se va procura o umbrelă de plajă sau se va improviza din cearșafuri un „cort". Pe nisip se întind cearceafuri de plajă sau prosoape (la care se face semn pentru a fi pus mereu cu aceeași față deasupra).

Soarele de la mare este bogat în raze ultraviolete; în aer sînt suspendate particule (iod, sulf, sodiu și clor) care acționează și chimic pe pielea încălzită; nisipul și suprafața mării reflectă radiația solară; vîntul sau simpla briză marină asigură o mișcare a aerului ionizat, o absorbție mai mare de către piele a radiațiilor ultraviolete, evaporarea sudorii și producerea unei senzații de răcoare și de înviorare plăcută, prin activarea circulației. Rolul cel mai important îl au *razele ultraviolete* (r.u.v.), care sînt o componentă a luminii solare. Bronzajul se produce după un prealabil eritem solar (roșeață). Provocarea de eritem este legată de anumite riscuri: modificări ireversibile ale țesutului conjunctiv, pierderi de apă, subțierea straturilor pielii. Acestea sînt consecințele aplicării agresive (brusc, intens și îndelungat) a r.u.v. și calorice: pielea suferă un fel de îmbătrînire rapidă. Se impune respectarea cîtorva recomandări:

a) Pielea va fi obișnuită treptat cu radiațiile solare încă din primăvară, prin expuneri treptat crescînde. Cei care au prilejul pot face, înainte de vacanță, o cură cu lampă de r.u.v.

b) Este bine ca băile de soare să se facă între orele 8 și 11 (după orarul de vară) cînd r.u.v. sînt mai active, iar cele calorice mai slabe. Copiii între 1 și 3 ani nu vor fi ținuți mai mult de 2 ore pe plajă (8—10 sau 8,30—10—10,30), avînd grijă să li se dea să bea mereu lichide, să fie ținuți alternativ la umbră și la soare, să nu stea în apă prea mult (în jur de 15 minute). Cînd devin plîngăreți, somnolenți sau buzele se usucă, vor fi duși în casă. Dacă nisipul este rece sau/și umed ori temperatura aerului este mai scăzută, se face numai o plimbare pe marginea apei; copilul va purta papuci, pălăriuță și o cămășuță scurtă fără mîneci, subțire, de culoare deschisă. Copiii peste vîrsta de 3—4 ani pot rămîne pe plaje (nisip + apă + umbră + jocuri) 3 ore în cursul dimineții (8—11) și 1/2—2 ore după amiază (la cîteva zile după venirea la mare, dacă nu s-au ivit incidente sau accidente în primele zile de acomodare). La amiază razele calorice sînt de două ori mai puternice, iar cele ultraviolete de 5 ori, ceea ce implică cele mai mari riscuri de incidente și accidente (arsuri, șoc caloric). Copiii mai mari, obișnuiți deja cu soarele, pot merge pe plajă și între orele 16—18,30 (orarul de vară), cînd beneficiază îndeosebi de scăldat, apa mării fiind mai caldă.

c) Mișcarea sub razele solare este de preferat „zăcerii" nemișcat și „prăjelii". Mai ales la începutul zilei (8—10 dimineața) și spre seară (17,30—19) se recomandă poziția în picioare și mișcarea, deoarece razele soarelui cad oblic. Se va începe cu o plimbare pe marginea apei în mers viu, parcurgînd o distanță de circa 1—2 kilometri (1/4—1/2 de oră), de preferință desculț sau cel mult cu papuci cu talpă subțire flexibilă, cu o pălăriuță pe cap; dacă este prea răcoare, copiii mici (1—3 ani) se îmbracă și cu o cămășuță scurtă, care să acopere umerii și spatele. În continuare, copiii mici nu acceptă să stea întinși pe plajă, așa că vor fi lăsați să se joace pe nisip, fie la soare, fie la umbră (arbori, umbrelă).

În multe cărţi se recomandă ca în primele zile expunerea la soare să nu depăşească durata de 3—5 minute pe fiecare parte a corpului, respectiv pe faţa anterioară, pe spate şi pe cele două laturi ale corpului. Durata de expunere se creşte zilnic cu cîte 3—5 minute, ajungîndu-se după circa o săptămînă la 30—40 de minute de plajă. Clar şi uşor sfat! Numai că este foarte greu să convingi pe copii să se expună în primele zile ca „la carte" (cîte 3—5 minute pe fiecare parte a corpului), pentru ca numai după 7—8 zile să-i ţinem 40 de minute de expunere directă la soare (soare, scăldat, umbră) şi circa 2 ore pe plaje! Rari sînt copiii atît de „ascultători" încît să se supună la această schemă. Orice copil sănătos ajuns pe plaje simte nevoia să zburde, să alerge prin nisip, să „încerce" apa oricît de rece ar fi, să adune scoici, să folosească găletuşa, lopeţile, mîinile şi picioarele pentru construcţia de „şanţuri", tunele, coline, castele.

După părerea noastră, cura heliomarină se adaptează la fiecare copil în funcţie de culoarea pielii (cei bruneţi sînt rezistenţi, cei blonzi mai sensibili), de intensitatea razelor de soare şi bronzajul realizat înainte de a ajunge la mare, de reacţiile copilului. Dacă este vioi, mănîncă şi doarme bine, pielea se roşeşte şi se înegreşte treptat, copilul poate rămîne 1 oră pe plajă încă din primele 2—3 zile cu condiţia să intre şi să se joace în apă, să stea la umbră, să alerge de-a lungul ţărmului, să nu rămînă nemişcat. Copiii care devin plîngăreţi, somnolenţi, caută să bea apă mereu (chiar din găletuşă, uneori!), au pielea roşie şi buzele uscate, vor fi duşi imediat în cameră şi culcaţi. De asemenea, dacă adorm la masă, dacă mănîncă mai puţin sau nu dorm bine noaptea, se reduce sau chiar se suspendă expunerea la soare şi se reia cura, treptat, după 2—3 zile.

Din momentul cînd pielea s-a bronzat, se creşte cu curaj timpul de expunere la soare. Copiii de 1—3 ani nu vor rămîne însă pe plaje mai mult de $1^1/_2$—2 ore pe zi nici spre sfîrşitul curei şi nici după ora 10,30—11 (orarul de vară) în zilele toride. Copiii între 4 şi 6 ani, dacă au fost pregătiţi din timp, dacă se mişcă pe plajă şi dacă intră mereu în apă sau se joacă la umbră, pot sta după a 3-a zi de cură 3—4 ore dimineaţa sau 2—3 ore dimineaţa şi 1—2 ore spre seară. Este important ca începutul expunerii la soare să se facă cît mai de dimineaţă, imediat după micul dejun (în jur de ora $7^1/_2$—9 în zilele senine şi călduroase; la ora 9—10 atunci cînd este ceaţă, răcoare, vînt sau alternanţă de soare cu nori).

d) *Protecţia pielii.* În primele zile, la copiii mici cu piele sensibilă, unii (mai ales cosmeticienii) susţin să se aplice o cremă specială protectoare, care are un conţinut cu proprietăţi de filtru solar. Aceste preparate împiedică parţial pătrunderea r.u.v. şi întîrzie apariţia bronzajului.

Se aplică un strat foarte subţire înainte de baia de soare, pentru ca preparatul respectiv să nu contribuie la creşterea temperaturii şi supraîncălzirii organismului. Se contraindică uleiurile şi cremele foarte grase de care se lipeşte nisipul. Soluţiile alcoolizate în loţiuni usucă prea mult pielea. Mai bune sînt mixturile (emulsiile) hidratante, fluide, necolorate, deşi reţin şi ele o mare proporţie din razele solare. Cele mai sensibile zone sînt umerii şi spatele, aşa că după fiecare expunere la soare, copiii cu pielea sensibilă vor fi îmbrăcaţi cu o cămăşuţă scurtă, fără mîneci care să protejeze această regiune. După scăldatul în mare este obligatoriu uscarea *cu un prosop;* dacă soarele este intens se va face un duş cu apă dulce, deoarece micile cristale de sare din apa mării reflectă razele solare şi măresc riscurile de arsură. La revenirea în hotel baia (sau mai bine duşul!) este obligatorie.

704. Eritemul solar. Dacă pielea este roşie şi dureroasă, duşul se va face cu apă caldă (30°—34°C) şi apoi se aplică pe piele un amestec de alcool medicinal şi apă (proporţie 1:1): acest amestec împiedică cojirea. Dacă pielea este sănătoasă şi dacă sînt obişnuiţi (adulţii şi copiii), se preferă duşul cu apă rece, se şterge (prin tamponare) cu un prosop moale, iar pe părţile mai sensibile (faţă, umeri, gambe) se aplică o cremă (Nivea).

Atenţie! Nu se aplică apă de colonie sau alte cosmetice parfumate în cursul curei heliomarine. Conţine esenţă de bergamot care are proprietatea de a pigmenta pielea la soare; apar pete brune inestetice care dispar greu.

705. Somnul de noapte prelungit este un test de adaptare la cura heliomarină: un copil care doarme bine, are o mină bună, este vioi, se mişcă tot timpul şi mănîncă „tot", tolerează bine cura. La mare, copiii pînă la 6 ani trebuie să doarmă 12—13 ore, din care 10—11 noaptea şi 1—2 ore după amiaza. De la 6 la 13 ani sînt necesare 8—9 ore de somn noaptea şi 1—$1^1/_2$ ore la prînz. Cu ora de culcare seara părinţii trebuie să fie inflexibili (ora 20—21, după orarul de vară). Pentru a începe „programul de plajă" mai de dimineaţă, cînd soarele nu este încă atît de dogoritor, copilul trebuie să se scoale spontan în jurul orei 6,30, pentru ca între orele 7 şi 8,30 să facă toaleta de dimineaţă, să mănînce şi să fie „echipat pentru plajă".

706. Apa mării. Teoretic, baia în apa de mare poate fi recomandată chiar din perioada de sugar, începînd de la vîrsta de 9 luni. Durata menţinerii în apă depinde de reacţia copilului, de temperatura apei şi mai puţin de vîrstă. *Reacţia copilului* este criteriul cel mai important. Se începe prin înmuierea picioarelor şi gambelor la marginea apei, dacă el manifestă un interes evident: după ce se „încearcă" dacă-i face plăcere, este lăsat să se zbenguiască prin apă, fără a-l scăpa din ochi bineînţeles... Scăldatul trebuie să devină o plăcere.

În nici un caz nu se va scufunda copilul cu forţa în apă!

La cei mici, o metodă excelentă este de a asocia intrarea în apă cu un divertisment: un colac mic gonflabil, o bărcuţă, primirea valurilor etc.

Al doilea element al intrării şi al duratei scăldatului este *temperatura apei.* Care este temperatura „permisă" pentru a intra în apă? Cei antrenaţi şi/sau cei curajoşi pot sta fără pericol în apă pînă cînd încep să „tremure", pielea devine „de găină", apare vineţeala buzelor (circa 15 minute la temperatura de 16—18°C). Scăldatul în apele Mării Negre este plăcut şi tolerat de toate vîrstele dacă apa are peste 20°C, iar aerul peste 22°C. Uneori părinţii trebuie să intervină categoric pentru a scoate copilul din apă.

Frigul rămîne principalul inamic al intrării şi rămînerii în apă. Este cauza multor îmbolnăviri şi accidente.

Valurile mării sînt un pericol important pentru cei care se aventurează mai adînc în larg, în timp ce marea este agitată. Subliniem că atunci cînd sînt valuri înalte, nimeni (adult sau copil, înotător experimentat sau persoană neiniţiată) nu trebuie să se aventureze dincolo de linia de alarmă indicată de geamandură. Valurile solicită pe înotător prin forţa cu care izbesc corpul şi îl acoperă cu apă (mai ales capul şi abdomenul), prin modificarea adîncimii mării (deplasează nisipul de la ţărm, formînd gropi care în ajun nu erau) şi prin zgomot (care produce o inhibiţie nervoasă şi împiedică transmiterea oricărui strigăt de alarmă). Pentru primul ajutor în caz de înec se apelează de urgenţă la Salvamar.

Prevenirea uncr îmbolnăviri neaşteptate în timpul vacanţei

Schimbarea modului de viaţă implică la copil riscul unor îmbolnăviri neaşteptate. Dintre acestea mai frecvente sînt: accidentele, intoxicaţiile şi bolile diareice acute.

707. Cauze favorizante. Accidentele și intoxicațiile pot surveni în orice loc și moment al unei vacanțe. Prin schimbarea locuinței:

a) totul este nou — prilej pentru satisfacerea curiozității copilului;

b) totul este improvizat — în locul dulapurilor și ordinei din locuință, toate substanțele potențial toxice sînt la îndemîna copilului (cosmetice, medicamente, detergenți, chibrituri) ca și obiecte ascuțite de uz casnic, instalații portative de gătit;

c) spațiul din afara casei (curte, cîmp, grădină, stradă, cale ferată, pomi pentru cățărat, garduri pentru escaladat, ape curgătoare sau stătătoare) oferă condiții multiple pentru mișcare și explorare, dar ascunde tot atîtea „capcane" necunoscute de copil;

d) copilul mic are prilejul să stea mult și nemijlocit alături de ceilalți membri ai familiei (părinți, frați mai mari, bunici) și, din spirit de imitație, face tot ce observă la aceștia — înghite din medicamentele destinate „celor mari" ca somnifere (Ciclobarbital, Diazepam — foarte periculoase pentru copilul mic!), antinevralgice, miofilină etc. — „se servește" sau gustă din cosmeticele mamei; — face pe mecanicul și șoferul pe lîngă mașină (înghite sau inhalează benzină); — pregătește mîncarea și masa, ca mama; — „degustă" băuturile alcoolice; — ține între buze ace (cum face mama cînd coase) sau cuie (ca tata) și le poate inhala; — încearcă „să scoată" apă din fîntînă cu ciutura; — încearcă să imite jocurile „de performanță" ale fraților sau altor copii mai mari.

708. Prevenire. Orice neglijență poate duce la ratarea unui concediu și uneori la invalidarea unui copil. De aceea este necesară o prudență elementară.

De exemplu, ibricele și cratițele care sînt puse pe foc, trebuie puse în așa fel încît coada sau mînerul să nu depășească marginea mașinii de gătit. Cît fierbe un ibric pe un reșou, copilul trebuie păzit să nu se apropie de el sau de priză. Chibriturile tentează pe orice copil. Pentru a limita accidentele, cutiile trebuie ținute într-un loc inaccesibil copilului; în același timp, este necesar să se arate că focul nu este numai frumos, dar și arde; eventual se apropie flacăra unui chibrit de degetul copilului pentru a-i produce senzația neplăcută de arsură.

O greșeală cu repercusiuni nefaste este obiceiul de a se da copiilor alimente necontrolate, nespălate (v. punctul 690) plante sau ciuperci otrăvitoare.

Detergenții, insecticidele, băuturile alcoolice, oțetul, leșia concentrată, apa de colonie, rujul de buze, flaconul cu lac pentru unghii, cutia cu pudră[1] *vor fi ținute într-un loc inaccesibil copiilor mici!*

Este o mare imprudență de a pune o substanță potențial toxică într-o sticlă care înainte a conținut suc de fructe sau apă de băut, sau în una care seamănă cu cea folosită pentru băut. Prin natura și caracteristica vîrstei, copiii vor să se miște, să „știe" (să „cotrobăiască peste tot"!), să vadă, să guste (gura este organ de cunoaștere!) sau „să simtă", totul; așa se explică „gustarea" de lichide caustice sau intoxicații cu răsunet asupra întregului organism sau chiar asupra întregului curs al vieții.

Toate obiectele ascuțite (cuțite, foarfeci, trusa de manechiură, ace, lame de ras) nu trebuie lăsate la îndemîna copiilor sub 6 ani. Ferestrele și balcoanele reprezintă un pericol mare, deoarece orice copil este tentat să privească afară: cu ajutorul unui scaun se urcă, se apleacă și poate cădea în gol.

Odată ajunși în sat sau în pădure apar alte atracții pentru copii: cățărarea în pom, escaladarea unei înălțimi, aruncarea cu pietre, deplasarea pie-

[1] Aspirarea accidentală în cantitate mare poate produce moartea prin sufocare.

trelor sau stîncilor, „gustarea" unor fructe, flori sau plante, urcușul pe un acoperiș sau pe o scară. Oricare dintre aceste tentații implică riscuri pentru „începători" și pentru cei mici.

Pungile și sacii de plastic nu se aruncă la întîmplare prin casă, prin cort, pe la popasuri sau prin locuri unde trec sau se joacă copiii mici. Introducerea capului (și feței) în punga de plastic duce la asfixie, deoarece plasticul aderă la pielea feței, astupă gura și nările și nu mai poate fi scos.

Pînă la 4—5 ani mulți copii se pot rostogoli de pe o scară cu care nu sînt obișnuiți. La țară sînt de temut scările ce duc la poduri (instabile, trepte rare și uneori insuficient fixate, așezate cu o înclinație abruptă) și cele de la pivnițe (cu neregularități, puțin luminate). Trebuie bine închise ușile de pivnițe, poduri, magazii cu unelte de lucru sau cu substanțe potențial toxice, cotețele de porci sau animale cornute. Încheiem cu insistența de a întipări bine în mintea părinților și copiilor ideea că accidentele cele mai grave se leagă de drumurile carosabile: traversarea, jocul, agățarea de vehicule, mersul cu bicicleta sau trotineta, escaladarea șanțurilor, a gărdulețelor „vii" sau de sîrmă, alunecare etc. Copiii mai mari vor fi instruiți asupra regulilor de circulație!

Pentru prevenirea înecului, pe lîngă îngrădirea bazinelor pentru copii, se dovedește eficace învățarea copilului să înoate de la vîrste mici (2—3 ani). Dar și copilul mai mare va fi supravegheat vigilent de părinți tot timpul cît se scaldă sau înoată. Copiii mici pot face crize de pierdere a conștienței din cauze necunoscute. Cei mari se pot accidenta (leziuni craniene) în cursul unor jocuri violente.

Accidente de circulație

709. Împrejurări. Nouă din zece accidente au la origine OMUL, fie în mod imediat și evident, fie în mod mai ascuns, mai profund. În afară de handicapurile fizice constatate și care motivează examene speciale pentru obținerea permisului de conducere, mai contribuie *numeroase tulburări vizuale, dar și oboseala, distracția, starea de nervozitate.* La acestea adăugăm îmbolnăvirile care nu pot fi depistate de examene medicale dacă bolnavul nu este înregistrat în vreo fișă medicală (de exemplu, epilepsia) sau îmbolnăviri care au survenit după obținerea permisului de conducere (infarct, boli neuropsihice). *Pentru evitarea dezastrelor ce pot apare pentru persoana respectivă și pentru semenii lui, familia este datoare să interzică unui astfel de conducător de a mai trece la volanul vreunui vehicul. Responsabilitatea și prudența trebuie să fie și mai mari atunci cînd se pornește la drum cu copiii.*

710. Primul ajutor în accidentele de circulație. Ce se poate face atunci cînd nu există nici medic, nici soră medicală și nici măcar un om care să fie instruit în măsurile de prim ajutor (lucrător de miliție etc.)? *Un rănit poate muri prin lipsă de îngrijiri sau din cauza unor gesturi inadecvate.* Este de dorit ca orice persoană, care poate deveni un martor eventual la un accident de circulație, să învețe și să practice aceste gesturi simple, pentru a ști să le execute cu succes la un rănit real. Dealtfel, Legea 3/1978 prevede obligația oricărui cetățean de a cunoaște tehnica primului ajutor. Codul Penal prevede pedepsirea celor ce lasă persoanele fără ajutor.

711. Îngrijirile copilului accidentat. În cursul unui accident copiii sînt cei mai expuși (ei nu poartă de obicei centuri; șocul traumatic și psihic se produce mai ușor; ei se pot autoajuta mai puțin și se dezmeticesc mai greu din spaima produsă de surpriza și tevatura de-

clanşate de accident). Cei mici nu sînt în stare să se mişte şi nu reuşesc să relateze ceva despre împrejurările în care s-a produs accidentul, deci rolul părinţilor este deosebit de important. Reacţia de spaimă, emoţia şi lipsa de stăpînire a părinţilor fac ca aceştia să nu aleagă soluţia cea mai eficace pentru salvarea copilului. Mai întîi, imediat ce s-a produs accidentul, adultul cel mai apt (psihic şi tehnic) stabileşte dacă copilul a suferit leziuni care necesită îngrijiri medicale şi/sau dacă trebuie transportat de urgenţă la spitalul cel mai apropiat şi mai dotat (echipe chirurgicale permanente, secţie de reanimare şi terapie intensivă).

Transportul este bine să se facă cu o maşină a Salvării; transportul în vehicul particular nu oferă condiţiile minime pentru acordarea de prim ajutor eficace (poziţie, respiraţie „gură la gură“, hemostază). Numai după ce s-a stabilit că nu este un caz grav, că funcţiile creierului, respiraţia şi circulaţia nu sînt afectate se va trece la cercetarea copilului pentru a depista leziuni mai mici (răni mici, fracturi etc.).

Cu calm, părinţii vor încerca să depisteze dacă şi unde a fost lezat copilul. Dacă este întuneric trebuie găsită o sursă de lumină (lanternă, la nevoie o lumînare). Lumina bună este indispensabilă pentru un examen corect şi luarea primelor măsuri de îngrijire. Copilul va fi culcat — de dorit — pe o parte. Trebuie subliniat că la copil, indiferent de vîrstă, chiar în cazul unor leziuni banale, poate surveni „colapsul psihogen“ (devine palid, ameţeşte, cade jos, îşi pierde conştienţa). Inspecţia atentă trebuie să înregistreze cele mai mici zgîrieturi, modificări de culoare ale pielii („vînătăi“), umflături; acestea pot sugera ulterior medicului relaţii importante, de exemplu existenţa unor hemoragii interne.

Prin pipăirea regiunilor nelezate se poate examina sensibilitatea generală a copilului, înainte de a se atinge porţiunile afectate de traumatism. La un copil speriat, crispat, se poate începe prin a apuca lobulul urechii şi a întreba copilul dacă îl doare. Nu se va dezbrăca copilul: cînd acesta se plînge de dureri abdominale, dacă se obţine colaborarea copilului, se poate pipăi abdomenul introducînd mîna sub îmbrăcăminte sau sub pled, observînd cu atenţie expresia feţei, care oglindeşte reacţii de apărare sau de durere. Atunci cînd se pipăie zone dureroase, copilul va fi anunţat cu puţin înainte: „te va durea puţin, dar nu tare“.

Trebuie avut mereu în minte că un copil, mai ales cel mic, nu este capabil să localizeze durerea. În cursul stării de şoc sensibilitatea la durere este diminuată sau dispărută. Aşa se pot trece cu vederea fracturi osoase sau contuzii ale părţilor moi. De aceea este bine să se pipăie toate părţile corpului copilului; în continuare va fi pus să-şi mişte fiecare braţ, picior, să se răsucească şi după aceea să meargă. Supravegherea mişcărilor, comportamentului şi tuturor manifestărilor copilului trebuie să se facă şi în zilele următoare, chiar dacă aparent în primele momente după accident nu s-a sesizat ceva.

Dacă s-a descoperit că accidentatul prezintă o suferinţă care pune problema vreunei leziuni sesizabilă (fractură, entorsă) sau ascunsă (hemoragie internă etc.) se va transporta copilul la spital, se vor da primele îngrijiri.

8

REŢETE CULINARE

Produse industriale pentru alimentaţia sugarului

712. Generalităţi. Produsele industriale destinate alimentaţiei sugarului şi copilului mic sînt prezentate de către fabricile producătoare în ambalaje ermetic închise (cutii de tablă, pungi de plastic, pungi de hîrtie impermeabilă). Au avantajul că asigură un produs cu compoziţie şi sterilitate garantată. Depozitate corespunzător (în încăperi uscate răcoroase) se pot păstra luni de zile.

Pe ambalajul produsului industrial trebuie să fie înscrise: compoziţia preparatului, modul de preparare (şi cantitatea de produs recomandat), vîrsta de la care se poate administra sugarului, data fabricaţiei şi durata valabilităţii. Înainte de folosire se impun cîteva *precauţii:* a) se verifică termenul de valabilitate al produsului; b) se controlează dacă ambalajul este în stare perfectă (cutiile să fie ermetic închise, pungile de hîrtie sau plastic să nu fie rupte sau umezite); c) se face controlul organoleptic al produsului (pulberea de lapte trebuie să fie omogenă, fină, alb-gălbuie, catifelată la palpare, fără grunji, să aibă gust şi miros caracteristic; dacă pulberea este aglutinată în bulgări, are culoare mai închisă sau verzuie, miros rînced sau gust amar, nu va fi administrată copiilor); d) nu se folosesc produse din cutii deschise de mai multă vreme.

Produse din lapte

Alegerea şi modul de preparare a produsului din lapte pentru sugar se vor face la indicaţia medicului şi sub îndrumarea sorei de ocrotire, în funcţie de vîrsta, toleranţa digestivă şi starea de nutriţie a sugarului. Se va respecta concentraţia indicată pe ambalaj sau cea recomandată de medic (care are datoria de a o adapta la fiecare caz în parte).

Se vor folosi măsurile ce însoţesc fiecare cutie. La nevoie pot fi folosite măsurile de la cutia de Eledon (o măsură cuprinde 5 g de pulbere de lapte) sau linguriţa (o linguriţă rasă conţine 2 g pulbere).

Se recomandă prepararea laptelui pentru fiecare masă. Dacă este necesară pregătirea pentru mai multe mese, laptele preparat se răcește brusc, se repartizează în biberoane, care se acoperă cu un căpăcel și se păstrează la frigider (acest procedeu nu este permis în cazul produselor de lapte adaptate sau parțial adaptate — vezi punctul 714.

Lichidul de diluție (în care se resuspendă pulberea de lapte) poate fi: apa simplă fiartă (pentru nou-născutul în primele 2 săptămîni de viață și pentru preparatele adaptate), apă (decoct) de orez 2—3% sau mucilagiu de orez sau zeamil 3%. Acesta se prepară pentru 24 de ore și se păstrează la frigider.

Îndulcirea se face cu zahăr în concentrație 5% (dacă instrucțiunile de pe ambalaj nu prevăd altfel), cu excepția preparatelor adaptate și parțial adaptate, care nu necesită zahararea. Trebuie subliniat că, după adăugarea zahărului, laptele mai trebuie dat o dată în clocot (se poate folosi siropul de zahăr, vezi punctul 752).

Produsele de lapte destinate alimentației sugarului (vezi tabelul 8.1.) se clasifică în:

713. Preparate clasice

— *lapte praf din lapte de vacă integral:* Lactosan, Rarăul, Mureșul, Suceveana;

— *lapte praf din lapte de vacă degresat:* Lacto;

— *lapte praf din lapte de vacă degresat, cu adaosuri:* Lacto I, Lacto II; Gluvilact I, Gluvilact II; Glucolact I, Glucolact II.

714. Preparate de lapte adaptate: Humana 1, Humana 2, Similac. În cazul acestor preparate s-a realizat o compoziție foarte asemănătoare cu compoziția laptelui uman, atît în ce privește cantitatea cît și calitatea principiilor nutritive, a raportului dintre ele, cu scăderea conținutului în săruri minerale și cu adaos de vitamine.

Produsele Humana sînt concepute pentru o folosire succesivă, deoarece corespund treptelor de maturare digestivă și nevoilor sugarului în creștere. La prematuri și la nou-născuți hipotrofic (sub 3000 g) este indicat preparatul Humana 0; la nou-născuții la termen și, în continuare, la sugarul mic pînă la greutatea de 4500 g se recomandă Humana 1, iar după aceasta Humana 2.

Resuspendarea se face în apa fiartă și răcită la 37°C, în concentrație de 14% (o măsură conține 7 g pulbere), fără adaos de zahăr. Se prepară înainte de fiecare masă!

Pentru produsul Similac se dizolvă o măsură (6 g) în 60 ml apă fiartă și răcită. Pentru sugarul mare se prepară Similac-ul cu o măsură la 50 ml (contrar a ceea ce este prevăzut în prospect).

715. Preparate de lapte parțial adaptate: Robebi A, Robebi B, Luci (preparat românesc). Folosirea lor se face tot succesiv, după criteriul vîrstă și greutate (vezi tabelul. 8.1.).

716. Preparate terapeutice de lapte: sînt recomandate de medic în anumite stări patologice (realimentarea după boala diareică, malnutriție, intoleranță la anumite principii nutritive), pentru alimentația prematurului etc. Ele vor fi folosite o perioadă scurtă de timp. Din această categorie de produse cităm: Eledonul, Humana H, Robolact, Lactofort (produs românesc).

Tabelul 8.1.

Produse din lapte pentru sugar

Denumirea preparatului	Concentrația	Modul de preparare pentru 100 ml produs reconstituit	Indicații	Valoare calorică
A. CLASICE				
1. Lapte praf din lapte de vacă integral	10%	2 măsuri de 5 g sau 5 lingurițe rase la 100 ml mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr; se fierbe	— Alimentație mixtă sau artificială a sugarilor (cu greutate normală) pînă la 3 luni	87 calorii
Lactosan	13,5%	3 măsuri de 4,5 g (din ambalaj) la 100 ml apă sau mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr; se fierbe	— Alimentația sugarilor sănătoși peste 4 luni	98 calorii
2. Lapte praf din lapte de vacă parțial degresat *Lacto*	10%	2 măsuri de 5 g sau 5 lingurițe rase la 100 ml mucilagiu de orez cu 5% zahăr; se fierbe 10 minute	— Alimentația mixtă sau artificială a sugarilor în prima lună de viață. — Realimentarea în boli diareice acute, forme ușoare și medii	80 calorii
3. Lapte praf din lapte parțial degresat cu adaosuri		3 măsuri de 5 g la 100 ml apă; se fierbe	— Alimentația mixtă sau artificială a sugarilor în primele 2—3 luni de viață;	
Lacto 1	15%	La fel	— realimentarea în forme ușoare de boală diareică și la unele cazuri cu malnutriție protein-calorică	
Lacto 2	15%			
Gluvilact 1	15%	La fel	— Alimentația mixtă sau artificială a sugarilor sănătoși pînă la greutatea de 4 500 g	66 calorii
Gluvilact 2	15%	La fel	— Aceeași indicație pentru sugari peste 4 500 g	70 calorii
Glucolact	15%	3 măsuri de 5 g în 100 ml apă; se fierbe	— Alimentație mixtă sau artificială a sugarilor sănătoși (concentrație 15% pînă la 4 500 g, concentrație 17% peste 4 500 g)	66 calorii
Glucolact	17%	3 1/2 măsuri de 5 g în 100 ml apă; se fierbe		76 calorii
B. PREPARATE DE LAPTE ADAPTATE				
Humana 1	14%	2 măsuri (de 7 g) dizolvate în 100 ml apă fiartă și răcită la 37—40° Nu se fierbe	— Alimentația mixtă sau artificială a sugarilor pînă la 2 luni și 4 500 g	71 calorii
Humana 2	14%	La fel	— După vîrsta de 2 luni și peste 4 500 g	75 calorii
Similac	13%	1 măsură la 60 ml apă fiartă și răcită la 37° Nu se fierbe	— Alimentația mixtă sau artificială a sugarului, începînd de la naștere	67 calorii

Denumirea preparatului	Concentrația	Modul de preparare pentru 100 ml produs reconstituit	Indicații	Valoare calorică
C. PREPARATE DE LAPTE PARȚIAL ADAPTATE				
Robebi A	15%	2 măsuri dizolvate în 100 ml apă fiartă și răcită la 50° Se fierbe 1—2 clocote	— Alimentație mixtă și artificială a sugarilor pînă la 4 500 g	71 calorii
Robebi B	15%	La fel	— Aceeași indicație după 4 500 g	75 calorii
Luci	13%	La fel	— Alimentația mixtă și artificială	68 calorii
Humana Baby-fit	15%	La fel	— Aceleași indicații	
D. PREPARATE PENTRU PREMATUR				
Humana 0	14%	2 măsuri de 7 g la 100 ml apă fiartă și răcită la 37° Nu se fierbe	— Alimentația nou-născuților pînă la 3 000 g și a prematurilor	75 calorii
Materna 0	14,5%	2 măsuri de 7 g la 100 ml apă fiartă și răcită la 37° Nu se fierbe	— Aceleași indicații	73 calorii
Gluvilact 0	15%	La fel	— Alimentația nou-născuților și prematurilor — Realimentare în boli diareice forme ușoare și medii	
E. PREPARATE DE LAPTE TERAPEUTICE				
Eledon	10%	2 măsuri de 5 g în 100 ml mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr Nu se fierbe	— Alimentația mixtă și artificială la nou-născut și prematur — Realimentare în boală diareică	70 calorii
Humana H	14%	2 măsuri de 7 g la 100 ml apă fiartă și răcită la 50°C Nu se fierbe	— Realimentare în boala diareică acută, de la orice vîrstă	60 calorii
Robolact	14%	2 măsuri la 100 ml apă fiartă și răcită. Se fierbe 1—2 clocote	— Aceleași indicații	60 calorii
Lactofort	15%	3 măsuri de 5 g la 100 ml apă. Se încălzește în baie de apă pînă la 80—90° (pînă aburește)	— Realimentarea sugarilor și copiilor mici cu diaree trenantă sau recidivantă cu intoleranță la lactoză — Realimentarea copiilor cu malnutriție protein-calorică forme medii și grave	64 calorii

Produse din cereale, fructe și legume

Se pot prezenta sub formă de pulbere (de exemplu făinuri de cereale, simple sau în amestec) care necesită a fi fierte înainte de folosire (făină de orez, zeamil) sau nu (preparate *instant*, cum ar fi pulberea de banane în lapte, „Milupa Bananenbrei"), sau forma de pireuri la borcănele. Și acestea din urmă pot conține un singur fel de fructe sau legume (morcov, măr, piersică, un amestec de fructe și/sau legume (morcov cu măr, măr cu gutuie) sau pot avea adaosuri (cereale, carne etc.).

Pe eticheta acestor produse va fi menționată vîrsta la care se recomandă folosirea, compoziția preparatului și durata de valabilitate. Pireurile destinate sugarului poartă mențiunea „Baby", iar cele pentru copilul la care funcția masticatorie este prezentă — mențiunea „Junior" (peste un an). Înainte de folosirea pireului, acesta va fi ușor încălzit într-un vas cu apă caldă. Borcanul început nu se păstrează mai mult de 24 ore (la rece). Este de preferat să fie consumat la o singură masă.

717. Arobon-ul este preparat din făină de roșcove (80%), amidon pur (15%) și cacao (5%). Prin conținutul său în pectină, lignină și tanin, fructul de roșcove are proprietăți antidiareice. Se folosește în tratamentul diareelor acute și cronice la sugar, copil și adult. Are avantajul că poate fi dat la sugarul de prima vîrstă, este ușor de preparat și este primit cu plăcere de toți copiii.

Pentru preparare, pudra de Arobon se dizolvă în cantitatea prevăzută de apă fiartă și răcită, se agită (în biberon) sau se amestecă cu lingurița. Nu este necesară fierberea. O măsură rasă conține 1 g de pulbere. Concentrația variază cu vîrsta: 3—5% de la naștere pînă la 6 luni, 5—10% peste 6 luni. Poate fi îndulcit cu glucoză 5% sau cu zahăr 3—5% (fiert împreună cu apa).

718. Ceratonia fabricat în Iugoslavia este produsul similar Arobonului. Indicațiile și modul de preparare sînt la fel.

719. Făina de orez se folosește la prepararea lichidului de diluție pentru resuspendarea laptelui praf. Necesită un timp de fierbere scurt (10 minute) reprezentînd o mare simplificare a muncii mamei. Se prepară în concentrații diferite, după vîrsta sugarului: după a 14-a zi de viață 0,5—1%; după 1—2 luni 2—3%; pentru prepararea orezului „pasat" cu brînză de vacă — 5—10%. Făina de orez se dizolvă în puțină apă rece, apoi se toarnă în apă fierbinte.

720. Fulgii de ovăz se prezintă sub mai multe forme. Pentru sugar sînt recomandate formele *instant* care se dau în amestec cu lapte sau cu fructe (măr). Sînt indicați la sugarii cu tendință la constipație.

721. Grișul rezultă din zdrobirea boabelor de cereale, obținîndu-se un amestec de fragmente de diferite mărimi, care se cerne. Pentru sugar, se recomandă numai grișul provenit din cereale decojite (de culoare albă). Se recomandă grișul cu lapte după vîrsta de 6 luni. După 8 luni grișul este folosit la pregătirea de: budinci, găluști, papanași etc.

722. Compoturile sînt indicate după primul an de viață, dar pot fi date și sugarului mare (9—12 luni) cu toleranță digestivă bună, în lunile cînd nu se găsesc fructe proaspete (piersici, mere, gutui). Fructele din compot se strivesc bine cu furculița, eventual se pasează și se amestecă cu biscuiți pisați sau cu pesmet de pîine albă, opăriți în prealabil.

723. Conservele de fructe (gem, pastă, peltea), sînt tolerate și agreate de unii sugari mari (spre un an) ca adaos la budinci, în prăjituri

de casă sau pe pîine. Se pot încerca: pasta de mere, de măceșe, gemul de afine, de caise și pulpa de vișine din dulceață.

724. **Sucurile de fructe sau legume** din comerț (de mere, piersici, lămîie, portocale, grape-fruit, ananas, tomate etc.) nu sînt recomandate pentru sugar. Se vor folosi numai sucuri proaspete, preparate în casă. Siropurile (zmeură, afine, vișine) conservate în casă pot fi adăugate la deserturi (creme, budinci).

Rețete pentru sugar

725. **Reguli generale pentru pregătirea preparatelor din fructe sau zarzavaturi.** Pentru păstrarea valorii nutritive a alimentelor (în special a vitaminelor) și evitarea îmbolnăvirii copilului (contaminarea cu diferiți germeni patogeni sau cu substanțe toxice), se vor respecta următoarele reguli;

— persoana care prepară alimentele se va spăla pe mîini cu apă și săpun, iar vasele și ustensilele folosite se vor spăla cu detergent și se vor opări încă o dată înainte de întrebuințare;

— fructele și legumele crude se aleg cu grijă și se spală din abundență cu apă sub jet;

— se folosesc numai cuțite inoxidabile;

— prepararea (curățire, tăiere, răzuire) se face cu puțin timp înainte de fierbere, pentru a nu fi păstrate prea mult în apă. Alimentul preparat se servește cît mai repede după fierbere; în caz contrar, se răcește imediat și se păstrează la rece;

— alimentele se fierb cît mai scurt timp posibil, în cantitate mică de apă și în vase acoperite cu capac; apa de fierbere nu se aruncă (conține vitamine și săruri minerale).

726. **Apa (decoctul) de orez.** Pentru prepararea apei de orez sînt necesare: 30 g orez (6 lingurițe sau o lingură cu vîrf); 50 g zahăr (10 lingurițe); un litru de apă. Se alege orezul de impurități, se spală și se lasă să se înmoaie aproximativ 12 ore în apă rece (de seara pînă dimineață). Apoi se completează apa în care a stat orezul pînă la 1 1/2 litru și se fierbe la foc domol aproximativ o oră pînă cînd bobul de orez „înflorește“ și se zdrobește ușor, iar apa scade la un litru (în timpul fierberii se amestecă pentru ca orezul să nu se prindă de fund). Se strecoară printr-o sită deasă sau prin tifon, se adaugă zahărul și se mai dă în fiert cîteva clocote. Se folosește ca lichid de diluție pentru preparatele din lapte praf sau ca aliment de tranziție în boala diareică. Se îndulcește cu zahăr 5%. Poate fi preparată și din făină de orez (vezi punctul 719).

727. **Laptele albuminos.** Se prepară din 1 litru de lapte praf (Lacto) brînză de vaci (vezi punctul 730). Cheagul de brînză se spală (în săculețul de tifon) sub jet de apă, apoi se trece de două ori prin sită și se resuspendă în 850 ml mucilagiu de orez. Se îndulcește cu glucoză 5% (la indicația medicului).

728. **Biscuiți pentru sugari:** 530 g făină, 250 g zahăr pudră, 250 ml lapte, 60 g unt, un vîrf de cuțit de bicarbonat.

Se frămîntă un aluat, se taie biscuiți de formă dreptunghiulară și se coc la foc potrivit în tava tapetată cu făină. După răcire se trec prin mașina de tocat (ca pesmetul de pîine) și se păstrează într-o cutie bine închisă. Se folosesc (opăriți în prealabil) cu suc de fructe sau cu măr ras (4 lingurițe de pesmet pentru un măr mare ras).

729. **Biscuiți cu brînză de vacă.** 2—3 biscuiți (pesmet) se opăresc cu 100—150 ml apă. După răcire se adaugă 50 g brînză de vacă și 1—2 lingurițe sirop de zahăr. Se mai poate adăuga suc proaspăt de fructe (mere, piersici, portocale) sau de roșii.

730. **Brînză de vacă.** Se prepară atît din lapte nefiert, cît și din lapte fiert. Pentru sugari se recomandă prepararea numai din lapte fiert.

a) Brînza de vacă din lapte nefiert. Laptele este lăsat să se prindă la temperatura camerei. După 24 de ore se ia smîntîna și se pune laptele la foc moale, amestecînd mereu, pînă cînd se formează cheauri mari de brînză. Se lasă să se răcească, apoi se pune într-un săculeț de tifon, pentru ca să se scurgă zerul. Atenție la calitatea laptelui!

b) Brînza de vacă din lapte fiert. Laptele fiert se însămînțează cu maia, adică iaurt preparat cu o zi înainte (1 linguriță la 200 ml lapte) și se pune la prins la temperatura camerei. În continuare, modul de preparare este același ca pentru brînza de vacă din lapte nefiert.

c) Brînza de vacă preparată rapid cu lactat de calciu. Se fierbe 1 litru de lapte de vacă sau lapte praf integral. După ce se răcește puțin se adaugă 8 comprimate de lactat de calciu (4 g). Se lasă să se răcească, apoi se pune la scurs într-un săculeț de tifon. Brînza astfel obținută se trece printr-o sită deasă, pentru a se obține grunji fini. Este necesară o cantitate de lapte de 4—5 ori mai mare decît cantitatea de brînză pe care dorim să o pregătim (pentru 200 g brînză este necesar circa 1 litru de lapte).

d) Brînza de vacă preparată cu cheag. Se fierbe 1 litru de lapte și se lasă să se răcească la temperatura corpului. Se adaugă 10 g (2 lingurițe) de cheag. Se lasă să stea timp de 12 ore, pentru a se separa brînza de zer, apoi se scurge zerul (în săculeț de tifon).

731. **Budincă de făinoase cu lapte, cu sau fără brînză.** 3 linguri de orez spălat sau 3 linguri de griș, fiert bine în 250 ml apă, pînă scade apa. Se trece prin sită, se adaugă 200 ml lapte cald și se amestecă cu 50—100 g brînză de vacă, o linguriță de unt, un gălbenuș de ou frecat cu 30 g zahăr și puțină sare, iar la urmă albușul bătut spumă. Se răstoarnă compoziția într-o cratiță unsă cu unt și presărată cu pesmet; se dă la cuptor pînă se rumenește bine.

732. **Budincă de Zeamil.** 250 ml lapte, 40 g Zeamil, 5 g unt, 25 g zahăr, 1 ou, sare.

Se fierbe zahărul în puțină apă amestecat cu unt. Separat, Zeamilul se pune în puțină apă și, după ce se obține o pastă omogenă, se toarnă în vasul cu lapte. Se fierbe totul, amestecînd mereu, pînă rezultă un amestec consistent. Se lasă totul să se răcească, se adaugă gălbenușul și, în sfîrșit, albușul bătut spumă. Compoziția rezultată se transvazează într-un va înalt, care se pune într-o baie de apă și se fierbe circa 3/4 de oră. În stare caldă, se răstoarnă pe un platou și se servește cu garnitură de dulceață sau de fructe (mere rase, zmeură bine sfărîmată, suc de afine sau de vișine) la sugarul peste 10 luni.

733. **Gălușți cu griș.** 1 litru apă, un vîrf de cuțit de sare, un ou, griș. Se pune la fiert apa cu sarea. Pregătirea gălușților se face numai după ce apa a dat în clocot. Se bate bine un ou cu furculița și se adaugă griș, în ploaie, pînă se obține o pastă nu prea vîrtoasă. Se moaie lingurița în apă clocotită și se taie gălușți subțiri (cresc în apa fierbinte), care se scufundă treptat în apa care clocotește. Se fierb în vasul acoperit, pînă se ridică și plutesc la suprafață. Se controlează dacă sînt pătrunse.

734. **Griș cu lapte cu 5% griș și 5% zahăr.** Pentru o porție de 200 g sînt necesare 200 ml lapte, 75 g apă, 10 g griș (2 lingurițe) și

10 g zahăr (2 linguriţe). Laptele cu apa şi zahărul se pun la fiert; cînd fierbe în clocot se adaugă grişul „în ploaie", adică presărat cîte puţin, amestecînd repede, ca să nu se facă cocoloaşe. Se fierbe timp de 10 minute la foc potrivit, pînă ce rămîne cantitatea de 200 g.

735. Iaurtul. Laptele este fiert şi răcit la 20—24°. Se adaugă maia din iaurtul din ajun (o linguriţă de maia la 200 ml lapte) şi se amestecă bine. Se ţine la temperatura camerei timp de 5—8 ore sau se pune în apropierea unei surse de căldură, în care caz iaurtul se prinde mai repede. După ce s-a prins, iaurtul se pune la rece şi se dă copilului în cel mult 24 de ore de la preparare.

736. Mucilagiul de orez. *50 g orez (2 linguri cu vîrf), 50 g zahăr (10 linguriţe), 1 litru de apă.*

Cele 50 g de orez se curăţă de impurităţi şi se spală. Se lasă să se înmoaie aproximativ 12 ore în apă rece, apoi se completează apa în care a stat orezul pînă la 1 litru şi jumătate. Se lasă să fiarbă la foc potrivit, timp de 1 oră, pînă cînd boabele se zdrobesc uşor şi apa scade la 1 litru (în timpul fiertului se amestecă pentru ca orezul să nu se prindă de vas). Cînd este bine fiert se răstoarnă într-o sită deasă şi se pasează orezul de 1—2 ori. Se adaugă 50 g zahăr, şi se mai dau 2—3 clocote. Mucilagiul de orez se foloseşte la sugarul după 2 luni, ca dietă în diaree sau ca lichid pentru pregătirea laptelui praf.

737. Orez pasat cu brînză de vacă. Pentru o porţie de 200 g sînt necesare: 150 g orez fiert în apă şi trecut prin sită, 50 g brînză proaspătă de vacă, 4 linguriţe de sirop de zahăr. Se amestecă bine totul. Se poate adăuga, pentru variaţia gustului: pireu de mere sau cîteva linguriţe de zeamă de roşii sau de citrice, 1—2 linguriţe de unt sau frişcă proaspătă (preparată în gospodărie).

738. Papanaşi fierţi. *200 g brînză de vaci, un ou, 2 linguriţe de griş, 1—2 linguriţe de unt sau 3 linguriţe de caimac, 30 g zahăr, sare.*

Se freacă bine brînza de vaci cu gălbenuşul, se adaugă grişul şi albuşul bătut spumă. Separat, se clocoteşte apa cu sare. Se taie cu lingura găluşti care se pun la fiert în apa clocotită. Se fierb pînă ce se ridică şi plutesc la suprafaţă, apoi se scurg şi se servesc calzi, cu zahăr pudră.

739. Perişoare de carne. Se prepară în felul următor: la o tocătură trecută de două ori prin maşină, compusă din 40 g carne (vacă, viţel, piept de pasăre) şi 10 g pîine albă, se adaugă o lingură de apă rece şi un gălbenuş de ou; se amestecă bine şi se fac perişoare de mărimea unei nuci mici, 4—5 la o porţie; se introduc în supa care clocoteşte, cu 20—30 de minute înainte de a se servi. Se pot da la sugarul după vîrsta de 7—8 luni.

740. Pesmet din pîine albă. Se taie pîine albă în felii subţiri şi se aşază într-o tavă care se introduce în cuptor la foc domol. Pentru a se rumeni uniform se întorc de 1—2 ori; se va evita carbonizarea parţială. După răcire, se pisează într-un mojar sau se macină cu maşina de pesmet. Pesmetul obţinut se cerne şi se păstrează în borcane sau cutii ermetic închise, aşezate într-un loc uscat. Se foloseşte la fierturi cu lapte, la pireurile de fructe proaspete, la budinci etc.

741. Pireul de banane. O banană mare, bine coaptă, se striveşte cu furculiţa şi se freacă spumă cu 1—2 linguriţe de zahăr sau miere. Se adaugă apoi 1—2 linguriţe pesmet sau biscuit şi se amestecă bine. Pentru a-i schimba consistenţa, se poate adăuga, la nevoie, o lingură de lapte condensat, lapte proaspăt, suc de lămîie sau de portocală, sau 1—2 linguri brînză de vacă.

742. Pireul de cartofi. Se aleg 200 g cartofi de bună calitate, se spală, se curăţă de coajă şi se fierb în apă sărată. După ce s-au fiert se strecoară apa, iar cartofii se pasează sau se mixează, apoi se pune puţină sare,

2—3 linguri lapte şi se amestecă. Pireul de cartofi se poate îmbogăţi cu o linguriţă de unt sau circa 20 g caimac ori smîntînă de bună calitate. Se pune pe sobă şi se bate cu telul pînă arată ca frişca.

743. Pireul de spanac este folosit spre vîrsta de un an. Din cauza gustului amărui, nu este acceptat de toţi sugarii.

Se aleg frunze fragede, verzi, mai tinere, înlăturîndu-se codiţele. Se spală bine în mai multe ape reci, se scurg bine de apă. Pentru a-şi păstra sărurile minerale şi vitaminele, se opăreşte cu apă fierbinte înainte de a fi pus la fiert. Apoi se fierbe în apă puţină şi cu un vîrf de cuţit de sare, timp de 5—10 minute, pînă se înmoaie foarte bine. Se toacă mărunt şi se pune din nou în puţină apă în care a fiert, adăugîndu-se o linguriţă de unt şi puţină făină de pesmet. În loc de unt şi pesmet se poate adăuga şi puţin rîntaş din unt şi făină (o linguriţă de făină se prăjeşte într-o tigaie pînă se rumeneşte făina, stingîndu-se cu apa în care a fiert spanacul). Spanacul preparat cu rîntaş este mai gustos. Dacă se adaugă puţin lapte sau pireu de cartofi, dispare gustul amărui. Se poate încerca şi îndulcirea cu zahăr, dacă sugarul refuză să primească preparate neîndulcite.

Important. Spanacul proaspăt nu se depozitează timp prea îndelungat. În primele 8 luni de viaţă nu este recomandabil să se dea sugarului spanac, deoarece anumite substanţe conţinute în spanac (nitraţii) se pot transforma în intestinul copilului în nitriţi, care sînt dăunători. Din aceleaşi motive, spanacul rămas de la o masă nu se reîncălzeşte pentru a fi dat copilului.

744. Sucul de morcovi. Se spală şi se curăţă bine morcovii. Apoi se răzuie şi se storc printr-un tifon curat. Se poate folosi presa de stors fructe. Sucul de morcovi se poate da, amestecat sau alternativ, cu alte sucuri de fructe (portocale, lămîi, alte fructe de sezon). Neputînd fi păstrat, se pregăteşte înainte de masă.

745. Sucul de tomate. Tomatele (roşiile) se spală bine sub jet de apă rece, apoi cu apă caldă; se pun apoi într-o strecurătoare care se scufundă timp de un minut în apă clocotită. Apoi roşiile se zvîntă şi se taie în bucăţi mai mici, care se trec prin maşina de tocat carne. Zeama rezultată se trece printr-o sită deasă sau printr-o bucată de tifon, curată.

746. Sucul de zmeură. Boabele de zmeură se aşează în strat subţire într-o strecurătoare care se scufundă de mai multe ori într-un vas cu apă. Apoi se zdrobesc bine cu furculiţa. Sucul se trece printr-o sită. Este un suc pe care copiii îl primesc cu multă plăcere.

747. Sucul de citrice proaspete se obţine prin presare.

Fructele citrice (portocale, lămîi) reprezintă alimente de mare valoare nutritivă, prin conţinutul lor în zahăr (10—13%), acizi organici (1—2% acid citric) şi vitamine (50 mg vitamină C în 100 g).

Utilizarea este multiplă. Sucul obţinut din fructele proaspete cu ajutorul unei prese de fructe, puţin îndulcit, poate fi administrat ca atare din a 6-a—a 7-a săptămînă de viaţă, sau se adaugă la pireul de fructe sau la masa de făinoase cu lapte, de seară.

748. Sufleu de Zeamil cu fructe. *40 g Zeamil, 250 ml lapte, 30 g zahăr, 1 ou, fructe.*

Se fierbe laptele cu zahărul şi se adaugă Zeamil-ul dizolvat în puţin lapte rece. Se fierbe pînă se îngroaşă. După ce se răceşte, compoziţia se amestecă cu oul bătut şi cu fructele rase (mere) sau bine zdrobite (zmeură), se pune într-o tavă unsă şi se coace la cuptor circa 40 de minute. Sufleul poate fi preparat şi fără fructe, urmînd ca acestea să se adauge ca garnitură, în momentul cînd se serveşte copilului.

749. Supa de carne. Într-un litru de apă rece se pun: *250 g carne (vițel, pui, vită), 2 morcovi, 1 pătrunjel, 1/2 țelină.*

Se fierbe 1—1 1/2 ore la foc domol. Se strecoară printr-o sită, și, dacă este cazul, se poate lua grăsimea. Unii sugari refuză supele cu miros de pătrunjel sau de țelină.

750. Supa de morcovi. *300 g morcovi tineri sau carote, pentru sugarii prematuri și sugarii sub vîrsta de 2 luni; 500 g morcovi pentru sugarii mai mari; 1 litru apă.*

Se aleg morcovii mai tineri, se curăță, se spală și se taie în rondele subțiri. Se pun la fiert într-un litru de apă rece. Se fierb 2 ore la foc moale, pînă cînd morcovii se sfărîmă cu ușurință. În timpul fierberii se adaugă apă pînă la 1 litru. După fierbere, morcovii se pasează de două ori printr-o sită deasă, se completează cu apă pînă la 1 litru se pun din nou pe foc și mai dau în clocot de 2—3 ori. După fierbere, se răcește, punîndu-se vasul cu supa de morcovi într-un vas mai mare cu apă rece. Se păstrează la rece și se folosește numai 24 de ore.

Înainte de a se turna în biberon sau cănită, supa de morcovi se amestecă pentru omogenizare.

751. Supa de zarzavat. *Pentru 2 porții de 250 ml supă de legume sînt necesare: 200—250 g zarzavat curățat, 10 g griș (două lingurițe), 500 ml apă.*

Se prepară din legume variate, după sezon: morcovi, în cantitatea cea mai mare, pătrunjel, cartof, ceapă, țelină; vara se adaugă ardei gras, tomate, dovlecel, foi de salată verde, 1—2 păstăi de fasole verde, gulie.

Zarzavatul se curăță și se spală bine de mai multe ori, în apă rece (sub jet). Se taie în bucăți mari și se pune în apa care a început să clocotească. Se fierbe acoperit, se completează apa evaporată. Cînd legumele sînt fierte, se zdrobesc ușor cu furculița. Se strecoară, se adaugă grișul turnat în ploaie. Se mai fierbe 15 minute. Inițial se dă numai zeama de supă, apoi se pasează morcovii; ulterior, se dă din ce în ce mai concentrată, ajungînd pînă la consistența de pireu; după 6 luni se dă cu tot zarzavatul pasat, îmbogățit cu unt sau caimac.

752. Siropul de zahăr. La 200 ml apă se adaugă 100 g zahăr și tot amestecul se fierbe pînă ce volumul final este de 200 ml. În timp ce fierbe, se îndepărtează spuma și impuritățile. Pentru a preîntîmpina zaharisirea, se adaugă 3 lingurițe de zeamă de lămîie.

Rezultă un sirop care conține 5 g zahăr la o linguriță. Se păstrează la frigider. În caz de zaharisire, se va fierbe în baie de apă.

Se folosește la îndulcirea tuturor preparatelor pentru sugari, în general în proporție de 5% (o linguriță la 100 ml de preparat).

753. Zahărul invertit. În 50 ml apă se dizolvă 1,5 g acid citric și se adaugă 80 g zahăr. Amestecul rezultat se fierbe pînă la volumul final de 100 ml. O linguriță conține 4 g zahăr. Pentru a îndulci 5% 1 litru de lapte de vacă se adaugă 60 ml din această soluție, corespunzînd cu 50 g zahăr.

Rețete culinare folosite în alimentația copilului

754. Modul de pregătire a diferitelor mîncăruri se apropie, pe măsură ce copilul înaintează în vîrstă, de cel al adulților. Pentru perioada de copil mic și preșcolar se va veghea ca felurile de mîncare alese să fie ușor de digerat (fără ceapă prăjită, rîntașuri groase) și să nu conțină condimente.

Pentru orientare:

Supele recomandate în alimentația copilului mic sînt: supa limpede de carne cu găluște sau tăiței, creme de legume, ciorba de roșii, de borș.

Sosurile nu vor fi prea grase. Se prepară de preferință pe bază de unt, făină și lapte (sos alb) sau smîntînă. Dintre sosurile reci, maioneza se poate servi la cele mai variate salate.

Mîncărurile cu carne se servesc de 4—5 ori pe săptămînă: perișoare cu diferite sosuri, friptură, șnițele, chiftele, ciulama, budinci cu carne.

Mîncărurile cu legume nu trebuie să lipsească nici o zi din alimentația copilului. Se servesc fie separat (ghiveci de legume, budinci cu legume, cartofi sub toate formele), fie ca garnitură la carne (salate de tot felul, sote de legume) sau cu ouă (spanac etc.).

Condimentele se adaugă la mîncare pentru a-i conferi un plus de savoare și a-i varia aspectul. În alimentația copilului mic se vor folosi predominant vegetalele (pătrunjel, mărar, leuștean, cimbru, tarhon). La copilul mare și adolescent pot fi folosite și condimentele tradiționale (boia, piper, nucșoară, maghiran etc.).

Dulciurile constituie o componentă importantă și foarte agreată de copii. Pe lîngă prăjiturile de casă care se pot păstra mai multe zile, există numeroase posibilități de a oferi copilului dulciuri: budinci pe bază de făinoase sau fructe, creme, sufleuri, clătite, salate de fructe.

Cu rețetele pe care le dăm mai jos am urmărit să oferim cîteva jaloane, privind modul de preparare a alimentației copilului și sugestii pe baza cărora mama poate crea, după plac, un mare număr de variante.

Supe

755. Supă de legume pasată, cu lapte. *600 ml apă, un morcov, o rădăcină de pătrunjel, o ceapă mică, doi cartofi, o țelină mică (după sezon, 20 g conopidă sau mazăre verde), o linguriță unt. 100 ml lapte, o linguriță făină, sare, pătrunjel verde.*

Zarzavaturile se spală bine la apă curgătoare, se curăță de coajă, se taie. Apa se pune la fiert într-o oală smălțuită. Cînd clocotește, se pune ceapa (întreagă) apoi și celelalte zarzavaturi; se fierbe acoperit la foc domol. Cînd sînt fierte, se pasează prin sită. Separat, se face un sos alb din unt și făină și se stinge cu lapte. Sosul se amestecă cu supa și se mai fierb 10 minute. Se adaugă sare și pătrunjel verde tocat.

756. Supă de cartofi pasată. *1/2 l apă, 100 ml lapte, 200 g cartofi, unt, 1/2 gălbenuș, sare, pătrunjel tocat (smîntînă).*

Cartofii curățați și bine spălați, tăiați în cuburi mici, se fierb în apă cu sare. Cînd sînt fierți se pasează prin sită și se amestecă în zeama în care au fiert. Se adaugă laptele (sau smîntîna) bătut cu gălbenușul, pătrunjel tocat și untul. Se poate servi cu crutoane.

757. Supă de roșii. *600 ml apă, 300 g roșii, o ceapă, un morcov, un pătrunjel, un ardei gras, frunze de țelină, o lingură de orez, unt proaspăt, pătrunjel verde tocat.*

Zarzavatul spălat și curățat se pune în apa clocotită și se fierbe pînă se înmoaie. Apoi se adaugă roșiile și ardeiul și se fierbe împreună pînă se înmoaie și roșiile. Se strecoară supa, iar zarzavatul se pasează prin sită. Se pune din nou la fiert cu orezul. Cînd acesta s-a fiert, se adaugă la supă sare, unt, pătrunjel verde. În loc de orez, supa poate fi servită cu tăiței (fierți

separat), sau cu zdrențe, făcute dintr-un ou întreg cu o lingură de făină. Pasta obținută se toarnă cu lingurița în supa care clocotește.

758. **Supă-cremă de conopidă.** *600 ml apă, 150 g conopidă, 25 g făină, 100 ml lapte, o linguriță unt, 1/2 gălbenuș, sare, pătrunjel verde.*

Făina se rumenește puțin în unt și se stinge cu lapte. Se adaugă apa clocotită și se fierbe. În supa fiartă se pune conopida bine spălată și desfăcută în bucățele mici și sare. Se mai fierbe 15 minute, apoi se ia de pe foc și se adaugă gălbenușul și pătrunjel tocat.

759. **Supă-cremă de mazăre.** *1/2 l apă, 150 g mazăre verde, 20 g făină, 20 g unt, sare, un gălbenuș, 50 ml lapte.*

Mazărea curățată și bine spălată se fierbe în apă. Făina se rumenește puțin în untul încins și se stinge cu zeamă de supă. Se adaugă la supă și se fierbe împreună. Apoi se pasează totul prin sită, se adaugă sare și gălbenușul bătut cu lapte. La copiii mai mari se poate servi cu crutoane.

760. **Supă-cremă de dovleci.** *200 g dovleci, 50 ml lapte, 10 g făină, 500 ml supă de zarzavat, sare, mărar verde, 2 linguri iaurt.*

Se fierb dovlecii 15—30 minute în supă de zarzavat. Se trec prin sită. Separat se leagă făina cu laptele rece, apoi se înglobează în supă. Sare după gust. Se lasă să mai dea cîteva clocote. Înainte de a fi servită se adaugă iaurt și mărar tocat.

761. **Supă-cremă de țelină:** *200 g cartofi, o țelină, 20 g unt, două lingurițe de smîntînă, 100 ml lapte, sare, 500 ml supă de legume sau bulion de carne, 100 g făină.*

Se înăbușă țelina și cartofii tăiați mărunt, cu unt și cu apă, fiebîndu-se bine. Se adaugă un sos alb, preparat din făină și lapte, și se clocotesc împreună, amestecînd tot timpul. Se pasează prin sită și se subțiază fie cu supă de legume, fie cu bulion de carne. Se poate subția și cu 200 ml lapte. Se potrivește de sare, se mai clocotește, iar la urmă se adaugă smîntînă și pătrunjel verde tocat. Poate fi servită cu crutoane.

762. **Supă de fasole verde:** *(pentru patru porții) 1/4 kg fasole verde, un morcov, o ceapă, 30 g unt sau ulei, o linguriță de zahăr, două roșii sau o linguriță de bulion, două lingurițe de făină, un litru de apă, sare, pătrunjel verde.*

Se curăță morcovul și ceapa, se toacă mărunt, apoi se pun să fiarbă în apă. Cînd zarzavatul este aproape fiert, se adaugă fasolea, curățată, tăiată în bucățele de 2 cm. Se fierbe în continuare în vasul acoperit. Se prepară separat un sos din făină și zeamă de supă, care se toarnă în oala cu zarzavaturi. Roșiile, curățate de pielițe și sîmburi, se taie în felii subțiri și se pun în supă, odată cu sarea. Supa se poate acri cu zeamă de lămîie sau cu oțet de fructe. Cînd se servește se pune unt proaspăt și pătrunjel verde, tocat.

763. **Supă din carne de vită sau pasăre.** *600 ml apă, 150 g carne de vită, sau 250 g carne de pasăre, 150 g zarzavat de supă (după sezon, se mai adaugă mazăre verde, conopidă, o roșie), sare, pătrunjel, tăiței.*

Carnea și oasele, bine spălate, se pun la fiert în apă rece. După 2 ore se scoate carnea și se strecoară supa (carnea poate fi folosită la prepararea de chiftele sau ca umplutură la omletă sau, tăiată bucăți mici, poate fi adăugată la supă, împreună cu zarzavatul fiert și tăiat.

În supa limpede pot fi puși tăiței (fierți separat) sau *găluște din pesmet* (1/2 chiflă, 10—20 g pesmet, 1/2 ou, cîteva linguri de lapte, 5 g unt, sare. Chifla tăiată în cuburi mici se înmoaie în lapte pînă absoarbe tot laptele, apoi se sfărîmă cu lingura, se adaugă oul, sare, unt și se îngroașă cu pesmet. Se formează găluște rotunde care se fierb în supă).

764. **Ciorbă de perișoare.** *600 ml apă, 200 g carne fără os, 150—200 g os „cu sită", o ceapă, un morcov, pătrunjel verde, 2 lingurițe de orez, sare, lămîie sau borș.*

Osul se fierbe în apa cu sare pînă scade apa la jumătate, apoi se completează cantitatea de apă scăzută. Cînd este din nou în clocot se adaugă zarzavatul spălat, curățat și tăiat mărunt (întîi ceapa, apoi morcovul și pătrunjelul). Carnea se toacă de două ori prin mașină, se adaugă puțin miez de pîine albă și sare. Se fac bile de mărimea unor nuci, cu mîna înmuiată în apă și se introduc pe rînd în zeama care fierbe. Apoi se adaugă și orezul, ales și spălat. Se fierbe totul pînă cînd orezul și perișoarele sînt fierte. Se acrește cu borș proaspăt sau cu lămîie.

Sosuri

765. **Sos alb.** *O lingură de făină, o lingură de unt, 200 ml lapte, sare, lămîie.*

O lingură de făină rumenită pe uscat, în cuptor, se amestecă cu puțin lapte rece și se fierbe amestecînd tot timpul. Se ia de pe foc și se adaugă 1 lingură unt proaspăt. Pentru copilul trecut de un an se adaugă verdeață tocată. După dorință se poate adăuga suc de lămîie, sare.

Se servește cu pește alb fiert sau legume fierte (dovlecei, conopidă, fasole verde).

766. **Sos alb béchamel.** *50 g făină, 20 g unt, 200 ml lapte, sare.*

Untul se topește la foc tare, se adaugă făina, amestecînd tot timpul pentru a nu se rumeni. Se stinge cu lapte rece, continuînd să se amestece cu lingura pentru a nu se produce cocoloașe. Se adaugă sare.

Se servește cu legume fierte, carne fiartă, pește, creier.

767. **Sos tomat.** *Roșiile proaspete se fierb împreună* cu zarzavatul de supă (morcov, pătrunjel, țelină). Se trece totul prin sită și se adaugă sare, zahăr, un vîrf de cuțit de unt.

Se servește ca adaos la carne fiartă sau friptă, la legume fierte sau paste făinoase.

768. **Sos de mărar.** *250 ml lapte, 15 g făină, 1 linguriță unt, un gălbenuș, sare, mărar, oțet.*

Laptele, amestecat cu făină și cu sare, se pune la fiert. Se amestecă neîntrerupt, pînă se îngroașă ca o cremă. Se adaugă gălbenușul, untul și la sfîrșit mărarul, care a fost fiert în prealabil în puțină apă cu oțet.

Se servește cu ouă fierte tari, carne fiartă sau cu perișoare.

769. **Sos de hrean** *(pentru copilul mare). 200 ml lapte, 4 linguri smîntînă, 10 g făină, sare, 10 g hrean, 5 g unt.*

Se amestecă smîntîna cu făină și se toarnă în laptele fiert. Se fierbe la foc moale 5 minute. Se adaugă sare, hrean și unt, și se amestecă bine, fără a mai fierbe.

770. **Sos roz.** Se face un sos alb (punctul 765), la care se adaugă suc de morcov crud preparat din morcovii rași și storși prin tifon. Sucul, care este frumos colorat, se toarnă în sosul alb; acesta capătă culoare roz și este vitaminizat. Se servește cu rasol de carne sau de pește.

771. **Sos de tarhon.** *4—5 linguri de untdelemn, două linguri de zeamă de lămîie sau oțet de fructe, o linguriță de muștar, 1/2 linguriță de miere sau de zahăr, sare, piper, tarhon, mărar, pătrunjel.*

Frunzele de tarhon, spălate, se toacă mărunt şi se amestecă cu untdelemn, muştar, sare, piper şi se bat bine. La urmă se adaugă zeamă de lămîie sau oţet slab de fructe. În caz că se foloseşte oţet, acesta se îndulceşte cu zahăr sau miere. La sfîrşit se adaugă mărar şi pătrunjel fin tocat. Acest sos se toarnă peste salată, putînd fi servit la orice fel de salată crudă.

Se mai poate prepara sosul de tarhon şi cu gălbenuş de ou, în felul următor: *două gălbenuşuri răscoapte, două linguri de zeamă de lămîie, 4 linguri de untdelemn, 12 frunzuliţe de tarhon, o lingură de apă, sare, piper.* Se freacă gălbenuşurile de ou, peste care se adaugă tarhonul tocat foarte fin, sare, piper şi o linguriţă de apă. Compoziţia se freacă în continuare cu o lingură de lemn, adăugînd cîte puţin untdelemn. Acest sos se serveşte la salate de legume fierte, la orez etc.

772. **Sos verde.** *1/4 kg spanac curăţat, un ou, 5—6 linguri de ulei, sare.*

Spanacul se fierbe cinci minute, se trece prin maşina de tocat şi apoi se stoarce bine printr-un tifon. Se face o maioneză obişnuită, peste care se adaugă zeama rece de spanac, amestecînd bine, pînă cînd se colorează sosul.

773. **Sos de fructe.** *Pentru sos de mere: 300 g mere, 10 g făină, 10 g zahăr, 10 g unt.*

Jumătate din cantitatea de mere se păstrează crude, restul se pun la fiert cu coajă şi miez, iar zeama obţinută se strecoară. La această zeamă se adaugă făina, diluată separat în puţină apă rece, zahărul şi untul. Se dau cîteva clocote, pînă se obţine un sos de consistenţa dorită. Merele crude păstrate se rad pe răzătoarea de sticlă, iar pulpa se stoarce prin tifon. Zeama obţinută se adaugă în sos în momentul servirii, pentru a-i păstra vitaminele. La fel se prepară sosurile de vişine, caise. Aceste sosuri se pot servi la orice friptură sau la rasol.

774. **Sos cu gălbenuş.** *2 gălbenuşuri, 50 g unt, sare, 250 ml apă, 1 lămîie.*

Se topeşte jumătate din cantitatea de unt pe baie de apă. Se adaugă gălbenuşurile, sare şi apa şi se amestecă neîntrerupt pînă se îngroaşă crema. Apoi se încorporează restul de unt în sosul fierbinte şi se adaugă zeamă de lămîie după gust.

Se serveşte la peşte prăjit sau la conopidă fiartă.

775. **Maioneză cu brînză de vaci.** *100 g brînză de vaci, un gălbenuş, 5 linguri lapte, sare, zeamă de la jumătate de lămîie, 50 ml untdelemn.*

Se amestecă brînza cu gălbenuşul. Treptat, se adaugă uleiul, amestecînd continuu. Se acreşte după gust cu zeamă de lămîie.

Fiind uşor digerabilă, această maioneză este indicată la copii. Se serveşte cu peşte rasol, legume fierte, salată de cartofi, salată verde.

Mîncăruri cu carne

776. **Friptură cu zarzavat.** *2 felii de carne, 40—50 g unt, o jumătate ţelină mică, două gulioare, o ceapă mică, 150 g roşii, sare, o linguriţă făină, 100 g smîntînă sau lapte.*

Bucăţile de carne se crestează pe margini, se bat, se pune sare şi se prăjesc repede pe ambele părţi, în ulei bine încins. Se scot pe o farfurie încălzită. În acelaşi ulei se rumeneşte puţin ceapa tăiată mărunt, apoi se pune carnea înapoi, se adaugă puţină apă şi se înăbuşe. Cînd carnea este aproape moale, se adaugă zarzavatul şi roşiile curăţate de pieliţe şi tăiate felii. Cînd şi zarzavatul este fiert se îngroaşă sosul cu făină şi lapte sau smîntînă.

Se serveşte cu crochete de cartofi, găluşte de chifle sau cartofi fierţi.

777. **Şniţel în aluat.** *200 g carne de viţel sau carne slabă de porc, o lingură de făină, un ou, două linguri de lapte, sare, 100 g unt sau ulei.*

Carnea se taie felii, se bate puţin, se pune sare şi se presară cu făină. Din făină, ou, sare şi lapte se prepară un aluat (mai gros decît aluatul de clătite). Feliile se introduc în acest aluat, apoi se prăjesc în untul sau uleiul bine încins. Se servesc cu cartofi prăjiţi, salată verde etc.

778. **Pui umplut.** *Un pui de găină, 80 g unt, sare. Pentru umplutură: 80 g franzelă, 50 g unt, un ou, pătrunjel, sare, 100 ml lapte.*

Franzela se taie în cuburi mici, se moaie în laptele în care s-a bătut oul. Se adaugă untul topit, sare, pătrunjelul tocat şi se amestecă bine. Pasărea se spală, se freacă pe dinăuntru şi pe dinafară cu puţină sare. Se introduce umplutura şi se coase. Se rumeneşte în unt şi se stropeşte cu unt fierbinte, pentru a nu se usca. În 35—40 de minute carnea este moale. Se adaugă în sos puţină apă şi se mai înăbuşe puţin. Se serveşte cu salată verde.

779. **Pui cu smîntînă.** *Carne de pui, 2-3 linguri de smîntînă, 50 g unt, un vîrf de cuţit de făină, apă, pătrunjel verde tocat mărunt.*

Se pune la înăbuşit, în unt încins, pieptul sau pulpele de pui. Se picură cîte puţină apă, ca să nu se prindă şi se pune sare după gust. Cînd carnea este fiartă, se scot oasele şi carnea se pune din nou în cratiţă. Din smîntînă amestecată cu puţină făină, se face un sos, care se toarnă peste carne şi se lasă să mai dea cîteva clocote. După gust, se adaugă pătrunjel verde tocat.

780. **Pasăre în sos alb.** *Carne de pasăre (300 g), 50 g unt, 60 g zarzavat, 100 ml lapte, un gălbenuş, o ceapă mică, 20 g făină, sare.*

Carnea spălată se taie bucăţi şi se fierbe cu zarzavatul în apă sărată. Din unt şi făină, stinse cu lapte şi supă, se prepară un sos alb, care se fierbe 20 minute. Se ia de pe foc, se adaugă gălbenuşul, sare şi restul de lapte fără să se mai fiarbă. Se pune carnea în sos. Se poate servi cu mămăliguţă.

781. **Ruladă cu carne tocată.** *200 g carne de vită, un cartof crud, o jumătate de chiflă, un ou, verdeaţă tocată mărunt, sare.*

Carnea curăţată de pieliţe se trece de două ori prin maşina de tocat, împreună cu un cartof crud şi cu chifla înmuiată în lapte şi stoarsă. Se amestecă cu sare, verdeaţă şi 1/2 ou crud. Se rulează pe un fund şi se presară cu pesmet alb. Se introduce într-un vas cu puţin ulei şi zeamă de zarzavat. Se unge pe deasupra cu ulei (sau unt) fierbinte; se coace pînă se rumeneşte la cuptor. Se taie felii şi se serveşte cu cartofi pireu, sote de morcovi sau de dovlecei.

Mîncăruri de legume

782. **Legume combinate, înăbuşite.** *Un morcov, o gulie, o jumătate ţelină, un fir de praz, o conopidă mică, o mînă de boabe de mazăre verde, 50 g unt, sare, o lingură rasă de făină, 100 ml lapte.*

Zarzavatul spălat şi curăţat se taie în bucăţele egale şi se înăbuşe pe rînd. Se leagă cu un sos alb şi se pune sare după gust. Se serveşte cu omletă sau cu orez.

783. **Chifteluţe de legume.** *2 morcovi, 4 cartofi, un ou, unt, făină sau pesmet fin, verdeaţă tocată, sare.*

Se spală bine morcovul şi cartofii. Morcovul se pune la fiert în apă cu sare, iar cartofii se fierb separat în coajă. Se curăţă cartofii de coajă şi după ce totul s-a răcit se trece prin maşina de tocat carne. Se amestecă cu puţină sare, verdeaţă, făină şi gălbenuşul şi se frămîntă. Apoi se adaugă albuşul bă-

tut spumă. Se fac cu lingura chifteluțe, se dau prin făină și se prăjesc în unt încins. Se servesc calde, cu puțin sos de roșii sau cu cîteva picături de zeamă de lămîie. Se pot prepara și din mai multe zarzavaturi.

784. **Cartofi umpluți.** *6 cartofi mari, 50 g unt, 10 g făină, 80 ml lapte, sare, 100 g șuncă, 100 g cașcaval, pătrunjel.*

Cartofii bine spălați, curățați de coajă, se coc la cuptor. Se lasă să se răcească puțin, apoi se taie un căpăcel și se scobește miezul cu o linguriță. Miezul de cartofi se amestecă cu un sos alb béchamel, amestecat cu șunca tăiată cuburi mici. Cu această compoziție se umplu cartofii, se reașează în cratiță, se presară cu cașcaval, se ung cu unt topit și se dau la cuptor. Se servesc cu salată verde.

785. **Budincă de cartofi cu șuncă.** 250 g cartofi fierți, 50 g unt, 50 g șuncă, 50 g cașcaval ras, un ou, sare.

Cartofii fierți și presați se amestecă cu untul frecat spumă, cu gălbenușul, șunca tăiată bucățele mici, sare și la urmă albușul bătut spumă. Compoziția se pune într-o formă unsă cu unt și presărată cu pesmet. Se coace la foc potrivit 20—30 minute, apoi se răstoarnă și se servește cu cașcaval ras și șuncă tocată presărate deasupra.

786. **Budincă de conopidă.** *O conopidă mică, 2 lunguri de smîntînă, o lingură de unt, 2 linguri cașcaval ras, un ou, 2 lingurițe de unt, o lingură de pesmet, sare.*

Se fierbe conopida în apă cu sare, se scurge, se zdrobește, se adaugă untul frecat spumă, gălbenușul, cașcavalul, smîntîna, pesmetul și albușul spumă. Se toarnă compoziția într-o formă unsă cu unt și presărată cu pesmet și se coace timp de 30 de minute sau se fierbe la baie de apă.

787. **Mazăre verde înăbușită.** *200 g mazăre verde, 30 g unt, 10 g făină, sare, puțin zahăr.*

Mazărea se fierbe 10 minute în apă puțină. Separat, din unt, făină, sare, zahăr și zeama în care a fiert mazărea se fierbe un sos subțire. Se adaugă mazărea și se fierbe puțin. Se poate servi cu friganele.

788. **Fasole verde.** *250 g fasole verde, 20 g unt, sare, o lingură de pesmet rumenit, smîntînă.*

Fasolea se fierbe în apă cu sare. Cînd este moale se strecoară, se așază pe o farfurie și se presară cu pesmet rumenit în unt. Se servește cu puțină smîntînă sau sos de roșii.

789. **Mîncare de fasole verde** *(pentru patru porții). 500 g fasole verde crudă, 500 g roșii, verdeață, 100 ml untdelemn, o ceapă, sare.*

Se toacă ceapa mărunt și se fierbe în puțină apă. Se aruncă apa în care a fiert, iar ceapa se pune pe fundul cratiței, în care se prepară mîncarea. Deasupra se așază păstăile de fasole, curățate și spălate, ca și roșiile tăiate în felii. Se presară cu sare, se toarnă untdelemn și o ceașcă de apă. Se acoperă cratița și se lasă să fiarbă la foc mic, pînă cînd se moaie fasolea. Se adaugă verdeața tocată mărunt.

790. **Budincă de dovlecei.** *1-2 dovlecei, 20 g cașcaval, un ou, o lingură de smîntînă, 1/2 lingură de făină, 2 lingurițe de unt, o linguriță de pesmet alb, sare, verdeață tocată.*

Se spală dovleceii, se curăță, se taie cuburi mici și se fierb în apă cu sare 10 minute. Se răstoarnă în strecurătoare. Cînd s-au scurs bine se amestecă dovleceii cu gălbenușul, cașcaval ras, albușul spumă, făina, pesmetul, untul și verdeața tocată. Se coace în formă unsă cu unt 20—30 minute. Se răstoarnă, se stropește cu smîntînă, se servește caldă.

791. **Dovlecei cu smîntînă** *(pentru 4 porții). 4 dovlecei potrivit de mari, 100 g smîntînă, o linguriță de făină, 30 g unt, sare.*

Se curăță dovleceii, se spală și se taie în bucăți în lung, apoi în lat, de 3—4 cm lungime. Se clocotesc puțin în apă cu sare, apoi se scurge apa printr-o strecurătoare. Se pun la cuptor cu untul. Smîntîna se îngroașă cu puțină făină și se toarnă peste dovlecei cînd aceștia sînt moi. Se mai lasă la cuptor încă 20 de minute. La fel se prepară dovleceii la cuptor cu sos alb, în loc de smîntînă.

792. **Dovlecei la tavă.** *2 dovlecei, 2 roșii, un cățel de usturoi, 20 g unt sau ulei, sare (piper), mărar, pătrunjel, cimbru, cașcaval ras.*

Dovleceii spălați și curățați se rad pe răzătoare, se lasă puțin să se scurgă, apoi se pun într-o crăticioară în care s-a încins grăsimea, se adaugă condimentele. Deasupra se taie roșiile curățate de coajă și se presară cașcaval ras. După ce s-a înăbușit la foc moale se dă la cuptor pînă scade zeama.

793. **Dovlecei umpluți cu orez** *(pentru patru porții). 4 dovlecei, 100 ml ulei, 15 g orez, ceapă, sare, smîntînă, 2-3 linguri de verdeață tocată, 200 ml sos de roșii.*

Se toacă ceapa și se înăbușe cu puțină apă și ulei. Se amestecă cu orezul, verdeața și sarea. Se umplu dovleceii, după ce au fost curățați de coajă, tăiați în două și scobiți de semințe. Dovleceii umpluți se așază în tavă, odată cu uleiul și cu o ceașcă de apă caldă în care se poate pune puțin zahăr, după gust. Se fierb la cuptor. Cînd sînt fierți, se adaugă sosul de roșii și se mai lasă în cuptor, 1/4 oră.

Dovleceii pot fi umpluți și cu brînză de vacă (100 g) amestecată cu un ou, mărar tocat, puțină sare.

Mîncăruri pe bază de făinoase

794. **Spaghete în sos de roșii.** *150 g spaghete, 40 g unt, o linguriță făină, 30 g cașcaval ras, sare, o lingură pastă de roșii.*

Spaghetele se fierb în apă sărată, su scurg și se limpezesc. Separat se amestecă făina cu untul topit și se stinge cu o ceașcă de apă, se adaugă pasta de roșii, se fierbe, apoi se adaugă pastele făinoase. Se servește cu cașcavalul ras presărat deasupra.

795. **Budincă de orez cu mere.** *1 lingură de orez, 3 mere mari, 50 g nuci măcinate, 10 g unt, sare, 2 linguri zahăr, 25 g stafide.*

Se fierbe orezul cu apă; separat se fierb merele curățate de coajă și tăiate felii, cu zahărul, ca un compot scăzut. Se așază într-o formă unsă cu unt și presărată cu pesmet, un rînd de orez, un rînd de mere, un rînd de nuci și deasupra un rînd de orez amestecat cu stafide. Se pun deasupra bucăți mici de unt și se dă la cuptor pînă se rumenește ușor.

796. **Budincă de pîine albă cu șuncă.** *2 chifle, 150 ml lapte, 40 g șuncă slabă, un ou, o linguriță de unt.*

Chiflele tăiate felii subțiri se moaie în lapte și se scurg bine. Într-o cratiță mică unsă cu unt și tapetată cu pesmet se așază un strat de pîine, apoi umplutura (șuncă tăiată cuburi mici amestecată cu gălbenușul, albușul spumă și o linguriță de unt) și iar un strat de chifle muiate. Deasupra se toarnă laptele, în care s-au muiat chiflele și cîteva bucățele de unt. Se coace la foc potrivit pînă s-a absorbit laptele și s-a rumenit budinca.

797. Budincă de pîine albă cu mere. *2 chifle sau cîteva felii de franzelă, 150 ml lapte, 2 mere potrivite, un ou, 1 linguriță de unt, zahăr, scorțișoară.*

Se procedează cu pîinea ca la rețeta nr. 796. Se așază în crăticioara unsă un strat de felii de pîine apoi un strat de mere (curățate de coajă, răzuite, înăbușite cu zahăr), se presară puțină scorțișoară. Deasupra se pune iar un strat de pîine muiată. Se toarnă laptele în care s-a bătut oul și se pun cîteva bucățele de unt. Se dă la cuptor pînă se rumenește.

798. Crochete de cartofi. *200 g cartofi, 1/2 ou, 10 g unt, 100 g făină, o priză praf de copt, sare, pesmet, 50 ml lapte.*

Cartofii bine spălați se fierb în coajă. După ce se răcesc, se curăță de coajă și se presează. Se face un aluat din făină, praf de copt, sare, unt, 1/2 ou și cartofi, și se formează cu mîna crochete alungite. Fiecare se introduce în ou (cealaltă jumătate, bătută cu 50 ml lapte), apoi în pesmet și se prăjesc în ulei bine încins. Se servesc lîngă friptură sau zarzavaturi sote.

Mîncăruri cu ouă

799. Ochiuri în cuib *(pentru 2 porții). 200 g cartofi, 50 ml lapte, 25 g smîntînă, sare.*

Cartofii se fierb în apă cu sare. Se strecoară, se sfărîmă cu furculița, se amestecă cu laptele fierbinte pînă se face un pireu fin. Se toarnă într-un vas uns cu unt. La mijloc se face cu lingura o gropiță, în care se sparge oul. Se dă la cuptor 10 minute.

Se servește cu smîntînă sau cu sosuri diverse.

800. Ouă cu verdețuri pe salată verde. *2 ouă, 2 lingurițe de verdețuri tocate (pătrunjel, mărar, ceapă verde), o lingură rasă de unt proaspăt, o lingură brînză de vaci, sare, salată verde, zeamă de lămîie și untdelemn.*

Se fierb ouăle tari, se curăță și se taie în lung, se scot gălbenușurile. Se freacă brînza de vacă (sau urdă) cu untul, se amestecă cu verdețurile și puțină sare. Se umple fiecare jumătate de ou și se toarnă deasupra un sos obișnuit pentru salată din ulei, sare și zeamă de lămîie. Se așază pe frunze de salată verde.

801. Omletă. *2 ouă proaspete, 2 linguri apă, sare, 20 g unt.*

Ouăle se bat cu apa și sare și se toarnă în tigaia cu untul încins. Se coace la foc domol, pe ambele părți, avînd grijă să se rumenească numai marginile. Se scoate pe o farfurie caldă și se îndoaie pentru a permite să fie umplută mai ușor. *Umplutura* poate fi din: — *zarzavat:* morcov și mazăre înăbușite în unt, conopidă, roșii sau ardei (acesta înăbușit cu puțină ceapă prăjită); — carne aproximativ 50 g (pentru o omletă): șuncă, ficat, creier, carne de vițel, pasăre sau pește. Carnea se taie în bucăți mici și se înăbușe în unt.

802. Jumări cu verdeață și roșii. *2 ouă, 2 roșii, pătrunjel tocat, 3 lingurițe de unt.*

Se curăță roșiile de pieliță și sîmburi, se taie în cuburi și se înăbușe în unt pînă scade toată zeama. Se adaugă ouăle bătute, amestecate cu puțină sare și verdeață tocată, amestecînd tot timpul pînă se obține consistența dorită a jumărilor. Iarna cînd nu sînt roșii proaspete, se poate prepara cu suc de roșii sau cu *Ketchup.*

Aperitive — gustări

803. Roșii umplute. *2-3 roșii, 2 ouă, o salată verde, o lingură maioneză, lămîie, puțin untdelemn.*

Roșiile se curăță de coajă, se taie capacul și se scobesc. O salată verde bine spălată se taie în fîșii foarte subțiri, se amestecă cu 2 ouă fierte tari și tocate, cu puțin untdelemn, lămîie și maioneză ca să se lege umplutura. Se mai poate adăuga puțină șuncă slabă tocată. Cu această compoziție se umplu roșiile și se servesc crude.

804. Pastă cu carne de vită. *150 g carne slabă, 50 g zarzavat, 10 g ceapă, 100 g unt, sare, coajă și zeamă de lămîie, un ou, pastă de tomate.*

Carnea și zarzavatul se fierb într-o cantitate mică de apă. Se trece carnea de două ori prin mașina de tocat, se adaugă untul frecat bine, apoi se pune ceapa tăiată mărunt, cîteva fire de coajă de lămîie, zeamă de lămîie, o linguriță de pastă de tomate. La sfîrșit se adaugă oul fiert tare și tocat fin.

805. Pastă de ficat *(pentru copii peste 2 ani). 100 g ficat crud, foarte proaspăt, un ou fiert tare, o ceapă, 2 lingurițe unt, pătrunjel verde tocat.*

Ficatul crud se trece prin mașina de tocat carne. Se amestecă apoi cu ceapa care a fost înăbușită în unt bine încins împreună cu pătrunjelul verde tocat. Amestecul se face cînd ceapa este încă fierbinte. La sfîrșit se adaugă oul fiert, tocat mărunt. Se servește uns pe felioare de pîine prăjită.

806. Ardei gras cu brînză de vaci. *2 ardei grași, 100 g brînză de vacă, sare, 1/2 ceapă mică, boia dulce, 30 g unt.*

Brînza de vacă se freacă cu untul, se adaugă ceapa tocată mărunt, puțină boia dulce. Compoziția se introduce în ardeii bine spălați și scobiți. Se taie felii groase de 1—$1^1/_2$ cm și se aranjează frumos pe farfurie.

Salate

807. Salate de fructe și zarzavaturi. La prepararea salatelor avem în vedere ca aspectul lor, variat colorat, să stimuleze apetitul copiilor. Zeama (sosul) pentru salată se poate prepara după mai multe formule.

Pentru salata de fructe:

1. Zeamă de la 1/2 lămîie, 2 linguri de zeamă de fructe, 2 linguri sirop de zahăr sau apă fiartă;
2. zeama de la 1/4 lămîie, 100 g pulpă de fructe;
3. zeamă de la 1/4 lămîie, 2-3 linguri smîntînă.

Pentru salate de zarzavat:

1. 100 ml iaurt sau smîntînă, sare sau puțin zahăr;
2. zeamă de lămîie sau oțet, sare, ceapă tocată mărunt, ulei, cu sau fără verdeață tocată;
3. zeamă de carne sau de zarzavat, sare, lămîie.

808. Salată de mere. *250—300 g mere. Pentru sos: 4 linguri de apă, 4-5 bucăți de zahăr, zeamă de lămîie, scorțișoară.*

Merele bine spălate se curăță și se taie în felii subțiri. Se picură zeama de lămîie și se toarnă deasupra siropul (în care s-a fiert și scorțișoară) după ce s-a răcit. Se poate presăra cu nuci tocate mărunt și cu stafide. Se poate prepara și cu banane și stafide. În locul siropului se pot pune 3-4 linguri de lapte sau smîntînă.

809. Salată din amestec de fructe. *300 g fructe, 20 g stafide, 30 g nuci sau migdale, 25—30 g zahăr pudră.*

Fructele mici se pun întregi, cele mari se taie felii foarte subţiri. Se amestecă cu stafidele muiate în apă, nuci tăiate şi zahăr. Se toarnă deasupra unul din sosurile enumerate la punctul 807.

Această salată poate fi preparată din: banane, piersici, pere, struguri, mere, caise, portocale, zmeură, cireşe, căpşuni. Salata este cu atît mai gustoasă cu cît fructele folosite sînt mai numeroase.

810. Salată de conopidă. *400 g conopidă, apă, sare, o lingură ulei, 4 linguri zeamă de carne (sau zeamă de conopidă), zeamă de lămîie sau oţet.*

Conopida se fierbe în apă cu sare, după răcire se desfac floricele mici şi se toarnă deasupra sosul preparat din zeama de carne (sau de conopidă), sare şi lămîie.

811. Salată de cartofi cu roşii. *250 g cartofi, 2 roşii, sare, mărar, 2—3 linguri smîntînă (sau maioneză), un ou fiert tare.*

Se fierb cartofii, se curăţă de coajă şi se taie felii. Se amestecă cu oul fiert tăiat felii. Se adaugă roşiile tăiate, mărarul tocat şi smîntînă sau maioneză. Se amestecă totul bine.

812. Salată portocalie-albă. *150 g morcovi raşi, 100 g ţelină rasă, 50 g mere rase.*

Se amestecă totul cu un sos cu lămîie sau cu maioneză din brînză de vaci (punctul 775). După gust, se pot presăra nuci sau migdale tăiate. Se lasă să tragă 15 minute.

813. Salată de crudităţi. *200 g varză albă, tocată, un morcov ras, 1/2 ţelină rasă, un gogoşar tăiat felii mici, o ceapă mică, tocată, 2 linguri ulei, sare, zeamă de lămîie.*

Se amestecă toate zarzavaturile, se toarnă deasupra sosul preparat din ulei, zeamă de lămîie şi sare.

Deserturi — dulciuri

814. Mere îmbrăcate. *200 g făină, 140 g unt, 70 g zahăr, un ou, sare, mere de mărimea unui ou, gem acrişor.*

Din făină, unt, zahăr, gălbenuş şi puţină sare se face o cocă pe care o lăsăm să stea o oră. Se aleg merele, se spală bine, se curăţă de coajă, se scobesc şi se umplu cu gem. Coca se întinde ca o foaie groasă de 2—3 mm, se taie pătrate. Se îmbracă fiecare măr în cocă adunînd cele patru colţuri în partea de sus. Se moaie în albuş, se tăvălesc în zahăr şi se dau la cuptor la foc potrivit pînă se rumenesc uşor. Se servesc calde.

815. Budincă cu fructe *(4 porţii). 250 g fructe, 250 g zahăr pudră, 4 foi de gelatină, 6 albuşe, frişcă.*

Fructele proaspete (căpşuni, zmeură, caise sau piersici) se spală, se fărîmă cu lingura (sau cu mixer-ul) se storc prin tifon sau sită şi se freacă spumă cu zahărul. Apoi se adaugă gelatina dizolvată în apă fierbinte şi albuşurile bătute spumă tare. Se toarnă într-o formă, clătită cu apă rece şi se pune la rece. Se serveşte cu frişcă.

816. Cremă de zahăr ars *(pentru cinci porţii). 1/2 l lapte, 4 linguri de zahăr pentru cremă şi 2—3 linguri pentru ars, 4 ouă întregi, vanilie.*

Se freacă bine ouăle întregi cu zahărul, se adaugă încet laptele, amestecînd mereu. Apoi se toarnă compoziţia într-o formă tapetată cu zahăr ars şi se aşează forma în baie de apă, la cuptor. Se lasă 20—30 de minute, pînă se încheagă. Apoi se răceşte. Se răstoarnă pe farfurie în momentul servirii.

817. Lapte de pasăre. *400 ml lapte, două ouă, două linguri de zahăr, o linguriţă de făină, zahăr vanilat.*

Laptele se pune la fiert, se bate albuşul spumă, pînă cînd se ţine singur de tel; se adaugă în ploaie o lingură de zahăr, bătînd încet. Se ia cîte o lingură de albuş şi se pune în laptele clocotind. Se fierbe întorcînd albuşul pe o parte şi pe cealaltă, însă nu mai mult de un minut. Găluştele formate astfel se scot cu o spumieră şi se pun într-un castron. După ce au fiert toate găluştele, se strecoară laptele rămas. Se freacă bine gălbenuşul cu restul de zahăr, se adaugă făina şi se subţiază cu laptele strecurat, turnat puţin cîte puţin. Se pune această cremă la fiert la foc slab, amestecînd mereu pînă începe să se îngroaşe. Se ia de pe foc, se adaugă zahăr vanilat şi se toarnă printre găluşte, fără a le acoperi. Se pune la rece.

818. Mere coapte umplute cu dulceaţă. Se aleg mere sănătoase, cîte încap într-o crăticioară de 1 litru. Se spală, se curăţă şi se scobesc. În scobitură se pune dulceaţă de vişine, nucă măcinată şi se presară puţin zahăr.

Se aşează merele în crăticioara unsă cu unt şi se dă la cuptor la foc potrivit pînă se coc merele. Se servesc calde.

819. Budincă de griş *(4 porţii). 3 ouă, 120 g griş, 2 linguri zahăr, 1/2 litru lapte, sare, coajă de lămîie, vanilie, sirop de zmeură sau dulceaţă fină.*

Gălbenuşurile se freacă spumă cu zahărul, apoi se adaugă grişul în ploaie, coaja de lămîie, albuşurile bătute spumă şi sarea. Se coace la foc potrivit în forma unsă şi presărată cu griş. Cînd se desprinde de marginea formei, budinca este coaptă. Între timp se fierbe laptele cu vanilia şi cu o lingură de zahăr. Cînd se scoate budinca din cuptor, se toarnă deasupra laptele fierbinte. Se lasă în formă pînă se absoarbe tot laptele, apoi se răstoarnă, se unge cu gem sau dulceaţă. Poate fi servită şi cu sirop de zmeură sau frişcă.

820. Sos caramel. Se arde zahăr într-o tigaie, pînă capătă culoarea galbenă-roşiatică şi se stinge cu apă. Se lasă să fiarbă pentru ca zahărul să se dizolve. Se poate folosi la griş cu lapte sau orez cu lapte, la budinci, creme.

821. Fursecuri cu miere. *500 g zahăr tos, 4 ouă, 4 linguri de miere caldă, făină cît cuprinde, 1/2 pacheţel praf de copt.*

Jumătate din zahăr se freacă bine cu ouăle întregi, se adaugă mierea caldă, apoi făina în care s-a amestecat restul de zahăr şi praful de copt; se face un aluat consistent. Se formează biluţe de 1,5—2 cm diametru, se coc la foc potrivit. Se pot păstra mult timp (se frăgezesc după 2—3 zile).

822. Prăjitură cu cremă de lămîie. *Pentru aluat: 500 g făină, 140 g zahăr, 100 g unt, 1 linguriţă amoniac, 100 ml lapte, 2 ouă, zahăr vanilat. Pentru cremă: 250 g unt, 250 g zahăr pudră, 2 gălbenuşuri, zeama şi coaja de la o lămîie, 1 lingură făină şi 100 ml lapte.*

Se freacă zahărul cu untul, apoi şi ouăle, se adaugă făina, amoniacul şi laptele. Se coc trei foi.

Pentru cremă se freacă untul cu zahărul pudră. Separat se amestecă făina cu laptele rece şi se pune pe baie de apă, amestecînd continuu, pînă se îngroaşe. După ce se răceşte se adaugă treptat untul frecat cu zahăr, iar la sfîrşit zeama şi coaja de lămîie rasă. Se ung foile. Se taie a doua zi după ce prăjitura a fost pudrată cu zahăr.

823. Băutură răcoritoare pentru „petreceri". Diferite fructe proaspete, bine coapte, suculente (caise, piersici, căpşuni, zmeură, portocale).

Se spală bine, se taie în cuburi mici şi se aşează într-un castron (de sticlă) adînc. Se adaugă fructe conservate (cireşe, vişine, ananas din compot). Se presară cu zahăr şi se toarnă deasupra apă fiartă şi răcită, de asemenea zeamă de lămîie şi ceai rusesc tare, proaspăt preparat şi răcit. Se amestecă totul bine şi se pune la frigider. Cînd se serveşte se adaugă cuburi de gheaţă sau puţin sifon.

9

COPILUL BOLNAV

Îngrijirea copilului bolnav în familie

824. Dacă familia oferă condiţii favorabile în ceea ce priveşte starea materială şi nivelul de instruire generală a părinţilor, pot fi tratate la domiciliu afecţiuni uşoare, unele boli infecto-contagioase — forme necomplicate —, afecţiuni cronice şi, în general, orice îmbolnăvire care nu pune în pericol imediat viaţa copilului.

Premisa pentru o bună colaborare între cadrele medico-sanitare şi părinţi este relaţia de încredere reciprocă. Cadrul mediu care vizitează copilul bolnav instruieşte în amănunt pe mamă, conform indicaţiilor medicului, asupra modului de îngrijire, efectuează o parte din tratament, demonstrează practic tehnicile pe care mama trebuie să le execute şi face educaţia sanitară a familiei.

Sora de ocrotire nu trebuie să ezite să demonstreze mamelor mai nepricepute cîteva tehnici ca: înfăşatul, tratamentul eritemului fesier, băile medicamentoase, alimentarea copilului bolnav, prepararea unor alimente dietetice, aplicarea de învelişuri hidroterapice sau pansamente, tehnica de administrare a unor medicamente etc.

Pe de altă parte, părinţii vor respecta cu conştiinciozitate absolută recomandările şi prescripţiile medicului. Cînd nu se poate baza pe colaborarea părinţilor, medicul va înclina să recomande internarea în spital, chiar pentru afecţiuni care ar putea fi tratate în familie sau ambulator.

Rolul părinţilor ca ajutoare ale medicului

825. Mamele care au crescut mai mulţi copii ştiu să deosebească situaţiile care necesită o vizită imediată a medicului de cele care pot fi amînate o zi sau pînă la următoarea consultaţie programată. Părinţii mai tineri solicită adesea o listă a simptomelor care necesită un consult medical. Ori, patologia medicală este atît de bogată şi complexă, încît nu poate fi redusă la o listă (oricît de completă, ar însemna o simplificare artificială a realităţii).

Observaţia atentă a mamei care-şi supraveghează conştiincios copilul, înarmată cu 1—2 cărţi de iniţiere medicală, constituie un bun ghid pentru

orice părinte. Înarmaţi cu un bagaj de cunoştinţe despre bolile copiilor, nu vor greşi prin neglijarea unor manifestări de boală serioasă şi nici nu vor apela în mod abuziv la prezenţa medicului sau la serviciile de salvare. În cazul îmbolnăvirii copilului, mama trebuie să ştie să se descurce singură pînă la venirea medicului sau pînă la transportul copilului la dispensar.

Este important ca în astfel de împrejurări mama să acţioneze raţional şi să nu-şi piardă calmul. Ea îşi cunoaşte bine copilul, sesizează imediat dacă ceva nu e în ordine şi îl va supraveghea mai atent. Dacă îmbolnăvirea acută se însoţeşte de febră mare, îi va măsura temperatura (vezi punctul 830 a) şi va lua măsuri pentru scăderea acesteia. În caz de febră foarte mare (39,5—41°C — hipertermie) se recomandă o baie prelungită, cu apă la temperatură cu 1° C mai mică decît a copilului sau o împachetare rece. De asemenea se va administra un medicament (aspirină, paracetamol supozitor) şi se vor da copilului să bea lichide (dacă primeşte). În cazul cînd sugarul prezintă o tulburare digestivă certă (scaune diareice, vărsături, refuzul mîncării) se va suprima alimentaţia şi se va oferi copilului ceai îndulcit (sau nu) cu 5% zahăr (ceai de muşeţel, chimen, anason) în cantităţi mici şi repetate, pînă vine medicul. Se poate oferi copilului şi apă fiartă şi răcită sau ceai (rusesc) slab — abia colorat.

826. Cînd familia apelează la medic, pentru o vizită la domiciliu, este bine să se facă unele precizări privitoare la semnele bolii copilului (vezi punctul 835). Aceasta îl ajută să-şi programeze vizitele zilnice în ordinea gravităţii cazurilor anunţate.

Mama va observa şi va nota cu grijă toate manifestările şi evoluţia bolii pentru a le putea relata medicului. De asemenea, îşi va nota toate întrebările pe care şi le pune privitor la continuarea îngrijirii copilului.

Elemente de apreciere a stării de boală

În cele ce urmează se vor expune un număr de manifestări patologice care vor ajuta părinţii să sesizeze localizarea principală a bolii, precum şi răsunetul ei asupra întregului organism.

827. Starea generală şi comportamentul bolnavului, faciesul (faţa) şi vorbirea sînt modificate în parte de reacţia bolnavului faţă de boală (atenuare sau exagerare), legată de structura psihică, de temperamentul copilului. Copilul mare şi adolescentul, confruntaţi cu o îmbolnăvire mai severă, îşi vor pune o serie de întrebări cum ar fi: ce boală am? de ce sufăr? care vor fi urmările ei? ce dezavantaje? ce avantaje rezultă din ea? Aceste implicaţii psiho-sociale nu vor fi neglijate de părinţi şi de medic.

a) **Observarea atentă a faciesului** bolnavului este mai convingătoare, deoarece autocontrolul este mai redus ca la adult. Expresia de durere, teamă, dificultatea în respiraţie, privirea inexpresivă, rătăcită, închiderea în sine, tristeţea se citesc pe faţa copilului. Chiar lipsa de mişcare la un copil altfel vioi, poate uşura calea spre diagnostic.

b) **Vorbirea** este sugestivă prin intensitate (înceată sau tare) şi cursivitate (coerenţă); dificultatea mare în respiraţie (dispneea) şi slăbiciunea fizică mare permit doar pronunţarea de fragmente de propoziţie sau cuvinte izolate.

c) **Răguşeala şi tusea,** precum şi existenţa unor zgomote ce însoţesc respiraţia, sînt simptome importante ce trebuie înregistrate cu atenţie.

d) **Mişcările** copilului sănătos sînt vioaie, viguroase, poziţia firească, liberă, frecvent schimbătoare. Astfel, o poziţie anormală pe care copilul bol-

nav o schimbă rar sau cu dificultate „sare în ochi". Poate fi cauzată în primul rînd de o durere intensă (poziție antalgică), dar poate fi legată și de o suferință a sistemului nervos.

e) **Mișcările involuntare,** de tipul tresăririi unor grupe musculare izolate, imposibil de stăpînit de către copil, realizează ticurile (de ex. ridicarea repetată a umerilor, unele grimase).

Alteori copilul prezintă un fel de „crize": în plină activitate fața devine inexpresivă, absentă, timp de cîteva secunde nu reacționează la nici un stimul, apoi își reia firul vorbirii sau acțiunii (la început poate puțin confuz). Numai un observator atent înregistrează aceste manifestări și realizează că este vorba de o *criză de „absență"* (motiv pentru care de multe ori copilul este prezentat tardiv la medic).

f) Crizele majore de **convulsii** (epilepsia) sînt manifestări repetate, în cursul cărora copilul își pierde conștiența, cade la pămînt și prezintă, pe un fond de creștere a tonusului muscular, mișcări dezordonate (convulsii tonico-clonice). Același tablou poate fi întîlnit în cursul unor infecții acute ale sistemului nervos central (meningită, encefalită) sau în cadrul unor stări febrile la sugar și copilul mic *(convulsii febrile)*. În asemenea situații, cu toată emoția și anxietatea, părinții vor observa atent desfășurarea crizei, pentru a putea informa cît mai fidel medicul.

828. Culoarea și consistența pielii. La copil pielea normală este roz sau ușor bronzată, este uscată și netedă.

a) **Paloarea** tegumentelor poate fi determinată de anemie, de o tulburare a circulației sîngelui, dar uneori ține de o boală a inimii sau a rinichilor. Sub influența frigului tegumentele au un aspect marmorat (alternanță de pete albicioase și violacee).

b) **Culoarea roșie** a întregii suprafețe corporale se observă în caz de febră sau în stări de emoție accentuată. *Roșcața în pete* survine în cursul bolilor eruptive (rujeolă, scarlatină). Se vor urmări intensitatea, dimensiunea și forma „petelor" eruptive, dar și distribuirea (localizarea) lor pe suprafața corpului, locul de apariție și modul cum se extind, acestea prezentînd particularități tipice pentru diferitele boli.

c) **Culoarea vinețiе** (cianoza) exprimă lipsa de oxigenare a sîngelui. Culoarea slab vinețiе a buzelor în timpul băii, care apare frecvent la copii cu stare de nutriție deficitară și cu piele foarte fină, este doar un semn că le este frig.

Cianoza marcată, însoțită de stare generală modificată și/sau cu agitație și dificultăți de respirație (dispnee), reprezintă o stare gravă, de pericol vital acut! Există copii cu malformații congenitale ale inimii care au o *cianoză permanentă* datorită unor anomalii în distribuirea sîngelui. Starea lor generală și randamentul fizic (rezistența la efort) sînt relativ bune, iar persistența în timp a cianozei este o dovadă că aceasta nu reprezintă un pericol imediat.

d) **Petele violacee circumscrise** (echimoze, „vînătăi"), de dimensiuni variate (pînă la cîțiva cm), sînt determinate de hemoragii. Acestea pot fi de natură traumatică, dar uneori exprimă o tulburare a coagulabilității sîngelui (temporară sau de durată) însoțind o serie de boli generale grave. Chiar hemoragiile de dimensiuni minime (ca înțepăturile de purice), apărute în context febril vor fi comunicate de urgență medicului pentru a putea fi tratate prompt.

e) **Hemoragiile** prelungite la nivelul mucoaselor (după traumatisme, extracții dentare) sau a tegumentelor (prin rănire), precum și umflarea „văzînd cu ochii" a unei articulații traumatizate impun asistență medicală imediată (posibil hemofilie!).

f) **Colorația gălbuie sau galben-portocalie** a tegumentelor (icterul) a fost descrisă la nou-născut (vezi punctele 220, 304, 321). Icterul se întîlnește și în cadrul unor boli severe [hepatita virală (punctul 856), anemia hemolitică, malformații ale căilor biliare etc.], de aceea se va apela la medic. Trebuie menționat că unii sugari pot prezenta colorația gălbuie a pielii în urma unor regimuri prelungite cu supă de morcov (carotinemie); în aceste cazuri sclerele (albul ochilor) nu sînt colorate în galben.

g) **Consistența pielii** (turgorul) la copilul sănătos este fermă. Cuta pielii, făcută prin pensare între două degete, dispare imediat.

În caz de deshidratare prin vărsături, diaree și/sau febră (necompensate prin aport corespunzător de lichide), pliul cutanat este leneș (sau persistent) — se șterge foarte încet. Copiii au limba uscată, ochii încercănați, înfundați în orbite.

Acumularea în exces de lichid în țesuturi *(edemele)* se observă cu precădere la nivelul pleoapelor (dar și la gambe, la nivelul organelor genitale etc.) și însoțește în special unele boli renale. Medicul va întreba dacă s-au constatat modificări ale urinei (cantitate, aspect).

h) **Pielea umedă,** datorită secreției crescute de sudoare, se observă la copilul febril. Poate însoți paloarea în cadrul unei insuficiențe circulatorii acute, precedată de amețeli și urmată de cădere, cu pierderea temporară a conștienței (colaps circulator). La sugar se observă adesea transpirații mai abundente, palme și tălpi umede, fără vreo semnificație patologică (mai frecvent însă la cei cu rahitism).

829. Modificări ale suprafeței cutanate. Pe lîngă erupțiile descrise mai înainte, mama trebuie să mai cunoască unele tipuri de erupție pentru a le descrie medicului:

— mici ridicături (noduri) dure, cu diametrul de 2—4 mm, pe fond de roșeață, pot fi stadiul incipient al unei *eczeme*;

— vezicule cu conținut clar apoi tulbure-purulent ce se acoperă curînd de o crustă, sînt întîlnite în *varicelă* (vezi punctul 852);

— vezicule mai mari, cu perete friabil, al căror conținut se transformă într-o crustă galbenă ca mierea, foarte contagioasă, sînt caracteristice pentru *impetigo* (bube dulci) (vezi punctul 879).

— tumefacția circumscrisă, dureroasă și dură în vîrful căreia apare un punct galben (puroi) este tipică pentru *furuncul*;

— *urticaria* este o erupție în placarde de 1—3 cm, cu margine roșietică și centrul palid, însoțită de mîncărime accentuată (prurit). Apare ca reacție alergică la unele substanțe vegetale (cu acțiune externă, ca urzicile), la alimente sau în urma înțepăturilor de insecte.

830. Febra. Se consideră febră o temperatură a corpului (măsurată rectal) care depășește 38°C. Temperatura normală se situează între 36,5°C (dimineața) și 37,2°C (după amiază). Cînd temperatura este cuprinsă între 37,4 și 38°C se consideră *subfebrilitate*. Valorile subfebrilității și febrei sînt de obicei mai ridicate după amiaza și seara decît dimineața. De asemenea, temperatura este mai ridicată la copii după alimentație, plîns și agitație.

a) **Măsurarea temperaturii.** Se folosește așa-numitul termometru maximal, care este astfel construit încît coloana de mercur se oprește la nivelul maxim atins, chiar dacă se răcește ulterior. De aceea, înainte de utilizare, termometrul trebuie bine scuturat, pentru a cobori coloana de mercur.

Tehnica de măsurare. Pentru sugar, măsurarea cea mai corectă se face rectal. Copilul este culcat pe spate (vezi fig. 172). Se verifică dacă mercurul a fost coborît. Rezervorul de mercur al termometrului este șters cu o compresă umedă sau este uns cu un strat foarte subțire dintr-o substanță grasă, pentru a putea fi introdus mai ușor. Termometrul este ținut cu mîna dreaptă, iar cu

mîna stîngă se apucă picioarele copilului, la nivelul gleznelor, îndoindu-le din articulaţia şoldului. Printr-o mişcare de rotaţie, rezervorul de mercur al termometrului se introduce în întregime în rectul copilului. Tot timpul cît se urcă coloana de mercur, termometrul se ţine strîns, pentru a nu se sparge. După 2 minute termometrul poate fi scos şi se citeşte temperatura. Copilul mai mare va fi aşezat pe burtă sau lateral pentru măsurarea temperaturii (vezi fig. 173).

Măsurarea axilară a temperaturii se va face numai la adult şi la copilul mai mare de 12 ani. Valorile obţinute prin măsurarea axilară sînt mai puţin

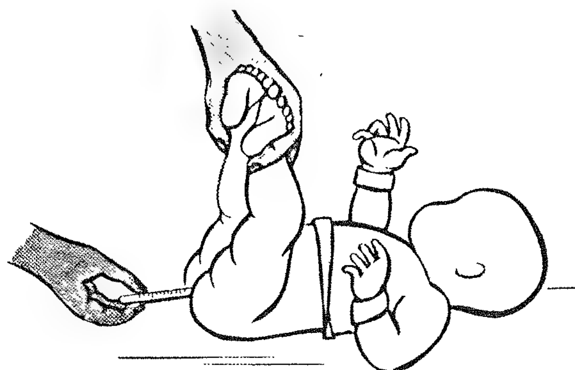


Fig. 172 — Măsurarea temperaturii la sugar.

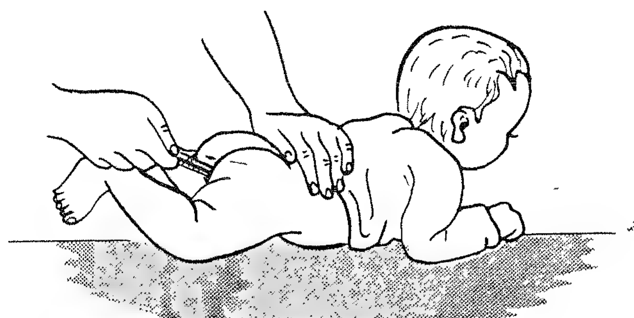


Fig. 173.

exacte decît în cazul măsurării rectale. Este important ca vîrful rezervorului termometrului să fie aşezat exact în mijlocul axilei, altfel cifra obţinută nu este fidelă. Termometrul va fi ţinut timp de 10 minute sub braţul strîns lîngă corp.

Indiferent de calmul cu care copilul se va supune acestei mici tehnici, el nu va fi lăsat singur, nesupravegheat.

După citirea temperaturii, termometrul se şterge cu un tampon de vată sau cu o compresă sterilă de tifon, înmuiată în apă cu săpun sau cu alcool. Nu va fi ţinut sub jet de apă caldă, deoarece se poate sparge.

b) Cauzele şi manifestările clinice ale febrei la copii. Febra nu este o boală, ci un simptom, ilustrînd faptul că organismul este antrenat într-o luptă cu

o infecţie. La copil, febra apare mai des şi la valori mai ridicate decît la adult, chiar în cazul unor îmbolnăviri mai uşoare; de aceea *valoarea absolută a febrei nu reprezintă un criteriu de apreciere a gravităţii unei afecţiuni.* Totuşi, dacă temperatura atinge cifra de 40°C şi creşte deasupra acesteia, boala poate avea un anumit grad de gravitate. Deşi la cei mai mulţi copii se poate constata „cu mîna" cînd au febră, este totuşi necesară măsurarea exactă a temperaturii. Copilul febril este cald, are ochii lucioşi şi uneori mai larg deschişi decît în mod obişnuit. Respiraţia este accelerată, somnul este mai agitat decît în mod normal. Uneori, la sugar şi copilul mic, creşterea prea bruscă a febrei poate declanşa apariţia de convulsii febrile. La copilul mai mare apar frecvent vărsături sau frisoane. Scăderea bruscă a febrei se însoţeşte totdeauna de transpiraţii profunze. Febra mai poate să apară şi prin acumularea excesivă de căldură, la sugar, în special (aşa-zisa febră „prin supraîncălzire pînă la 39—40°C"). Aceasta apare mai des în anotimpul cald, dacă sugarul este îmbrăcat prea gros şi acoperit cu păturica. Prin dezbrăcarea sugarului temperatura scade la valori normale, fără nici o altă măsură. Cînd sugarul nu primeşte lichide în cantităţi suficiente sau cînd, din anumite motive (prin vărsături sau scaune diareice) a pierdut lichide multe, organismul nu-şi poate regla temperatura şi apare aşa-numita „febră de sete". Foarte rar se observă stări subfebrile sau chiar febrile care nu au la bază nici o îmbolnăvire. Înainte de a le eticheta ca atare, se vor exclude cu grijă toate cauzele posibile de îmbolnăviri febrile. De altfel există şi cauze de eroare, cum sînt: utilizarea unor termometre necorespunzătoare, care indică cifre inexacte, „nescuturarea" termometrului înainte de întrebuinţare, măsurarea temperaturii după crize de agitaţie, plîns sau imediat după masă.

c) Combaterea febrei. Subfebrilitatea sau febra nu reprezintă, în sine, o boală, ci au numai semnificaţia unei reacţii a organismului în faţa unei îmbolnăviri, reacţie care poate însemna, în unele împrejurări, preludiul procesului de vindecare. De aceea, a „trata" numai febra, şi nu boala în ansamblu, ar fi o greşeală. Numai în cazul în care o febră ridicată persistă şi se însoţeşte de alte tulburări (modificarea stării generale, scăderea apetitului, tulburarea somnului sau chiar apariţia de convulsii febrile) se recomandă instituirea de tratamente energice. Pentru început, se utilizează mijloace simple, naturale, apoi cele medicamentoase.

Mijloacele naturale sînt, în ordinea în care trebuie încercate: administrarea de lichide; compresele (împachetările) umede; împachetările reci (generale); baia răcită progresiv.

Cînd aceste mijloace nu dau rezultate, se administrează medicamente antitermice (pentru sugar, aspirină sau supozitoare), la prescripţia medicului.

Trebuie reţinut că sugarul cu febră nu trebuie îmbrăcat mai gros decît de obicei. Camera în care este ţinut nu se va supraîncălzi, ci se va menţine o temperatură constantă de 18—20°C, cel mult 22°C şi se va asigura o umiditate convenabilă a atmosferei.

Medicamente. Administrarea medicamentelor sub formă de supozitoare, pe cale rectală, este indicată în special în bolile febrile însoţite de convulsii, vărsături, inapetenţă, precum şi la copiii care refuză să primească medicamente pe gură.

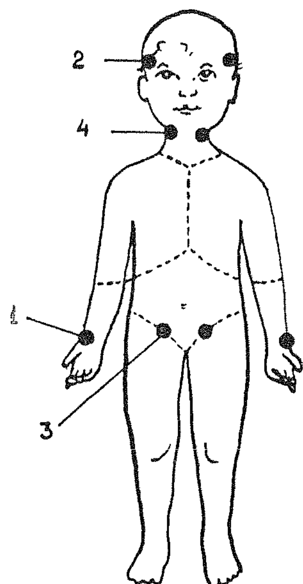
Se întîmplă ca supozitorul să fie eliminat din rect înainte ca medicamentul să-şi fi făcut efectul. De aceea, se recomandă ca supozitorul să fie introdus cît mai adînc, dincolo de sfincterul anal. Copilul este aşezat în decubit lateral (culcat pe o parte), cu membrele inferioare („picioarele") îndoite. Mama imobilizează copilul în această poziţie şi, după ce bagă supozitorul în anusul

copilului, apropie fesele și le ține strîns cîtva timp, pentru a evita eliminarea acestuia.

La sugar se folosesc supozitoare de Paracetamol. Nu se vor administra supozitoare Acalor nici la copil deoarece pot produce agitație, chiar convulsii.

— Aspirina (acid acetilsalicilic) este foarte eficace ca mijloc antitermic. Se indică în doză zilnică de: 0,05 g pînă la 3 luni; 0,10 g între 3 luni și 9 luni; 1/4 comprimat de 0,50 g între 9 luni și 2 ani.

831. P u l s u l. Unda pulsului furnizează date despre frecvența și puterea de contracție a inimii. Pulsul se palpează la nivelul unor artere situate superficial (fig. 174). Cu oarecare experiență se poate determina frecvența și regularitatea (ritmul) pulsului.



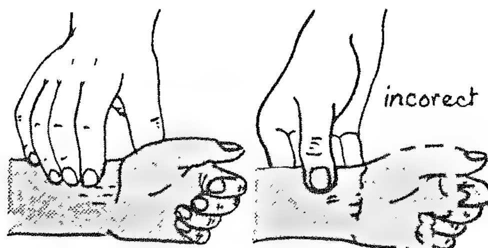


Fig. 175 — Palparea pulsului.

←
Fig. 174 — Zonele în care se poate percepe pulsul: 1. artera radială; 2. artera temporală; 3. artera femurală; 4. artera carotidă.

Tehnica: se aplică degetele arătător, mijlociu și inelar de la mîna dreaptă pe traiectul arterei și se mențin deasupra, executînd o presiune ușoară (fig. 175). În mîna stîngă se ține un ceas cu secundar și se numără pulsațiile în decurs de 25 secunde care se înmulțesc cu 4, pentru a stabili frecvența pe un minut. Cifra obținută se notează.

Încetinirea (scăderea numărului de pulsații) se întîlnește în timpul somnului, în caz de spaimă (sperietură) și în unele boli ale inimii.

Accelerarea pulsului însoțește stările febrile, anemia, șocul și unele boli cardiace. Uneori pulsul este atît de accelerat, încît nu poate fi numărat. Se impune de urgență examenul medical.

832. R e s p i r a ț i i l e. Inspirația (destinderea plămînilor) are loc prin mărirea cutiei toracice în toate diametrele.

În cazul unei respirații dificile (dispnee) excursiile arcurilor costale sînt impresionante. Dispneea solicită și alte grupe musculare în actul respirator. Se poate observa *tiraj* (înfundarea) în spațiile intercostale, sub marginea coastelor sau la gît, iar fața copilului bolnav exprimă efort și suferință. Frecvența respirațiilor va fi numărată fără ca bolnavul să se știe observat.

Accelerarea ritmului respirator se observă la efort fizic, în stări febrile, obstacol pe căile aeriene superioare, în boli pulmonare sau cardiace (cu oxigenare insuficientă) și în caz de hemoragii masive.

Respirații ample și rare sînt evocatoare pentru unele boli metabolice (diabet decompensat) sau perturbări (leziuni) ale centrului respirator (de ex. în meningită, encefalită).

Uneori se constată în timpul somnului *respirații neregulate*, fără semnificație patologică, mai ales dacă faciesul este normal colorat, iar la trezirea copilului respirațiile redevin regulate.

Instalarea bruscă, la un copil sau adolescent fără suferință cunoscută, a unei respirații accelerate și în același timp dificile, însoțită de agitație, facies anxios, suferind și poziție șezîndă, încordată, reprezintă un semnal de alarmă. Poate fi vorba de o bronșită spastică, o criză de astm bronșic, o pneumonie gravă sau de aspirarea unui corp străin în căile respiratorii. Situația se agravează dacă apar cianoză și transpirații, reprezentînd o urgență medicală.

833. U r i n a este de culoare galbenă și limpede. Se întîmplă ca sărurile minerale să precipite în contact cu aerul. Sărurile de acid uric sînt de culoare roșiatică (aspect de nisip cărămiziu al sedimentului urinar). Sărurile de fosfor pot conferi urinii un aspect lăptos. Încălzind urina, aceste săruri se redizolvă. Unele medicamente colorează urina: roșiatică (piramidonul); galbenă ca lămîia (Electovit, Vitamina A); albastră-verde (albastru de metilen). În unele îmbolnăviri, urina poate deveni: brună roșcată (nefrite, stări febrile): incoloră ca apa (diabet zaharat, scleroză renală); brună ca berea (hepatita epidemică); tulbure (săruri minerale în exces, învechire, albumină etc.). Mirosul urinii proaspete este foarte slab; după un timp devine amoniacal. Este indicat să se compare volumul urinii cu cantitatea lichidelor consumate. Dacă sugarul bea puțin, urina este concentrată și în cantitate mică. Dacă bea mult, urina este în cantitate mare și slab concentrată (incoloră). Cantitatea de urină eliminată de rinichi în 24 de ore se numește *diureză*. Se vorbește de o diureză bună, cînd circa 60% din lichidele băute de copil sînt eliminate prin urină (copiii ținuți la soare sau în camere supraîncălzite urinează mai puțin). La sugar stabilirea exactă a diurezei nu este posibilă. Se apreciază gradul de udare a scutecelor.

Emisiunile de urină poartă numele de *micțiuni*. În mod normal acestea sînt în număr de 10—15/24 de ore, în primele săptămîni și de 6—7/24 de ore, la sugarul mai mare. Dacă în camera copilului este frig, acesta are micțiuni mai frecvente.

Recoltarea urinii la sugar. În numeroase boli în general, dar în special cînd există suspiciunea unei boli renale (nefrită) sau a unei infecții urinare, se impune un examen al urinii.

La băieți, penisul poate fi introdus într-o eprubetă sterilă (fiartă în prealabil), care se prinde de tegumentele regiunii cu ajutorul unei benzi de leucoplast (fig. 176). Odată fixată eprubeta, mama poate aștepta în liniște micțiunea copilului, dar fără a pleca de lîngă el.

La fetițe, recoltarea urinii este mai dificilă. Se folosește un balonaș de sticlă cu gîtul mai larg (balon Erlenmayer) (fig. 177). Membrele inferioare ale fetiței sînt fixate cu ajutorul unui scutec de marginile laterale ale pătuțului, pentru a rămîne îndepărtate. Balonul se fixează în așa fel încît să nu se depărteze labiile mici. Urina mai poate fi recoltată simplu, pe o mușama curată, căreia i se dă forma unei cădițe, cu ajutorul unor scutece împăturite puse dedesubt; din acest „recipient" urina poate fi transvazată într-o eprubetă, cu ajutorul unei lingurițe. Această metodă nu asigură o urină sterilă.

Mai recent se fabrică pungi din plastic, prevăzute cu un orificiu cu margine adezivă. La băieți, organele genitale se introduc în întregime (penis și scrot) în acest săculeț și marginea se lipește în întregime de tegumentele din jur. La fetițe, săculețul se fixează

în jurul vulvei. Această metodă asigură recoltarea sterilă a urinii, fără nici un pericol de infectare din afară.

Pentru a face cît mai scurtă neplăcerea copilului de a suporta această procedură, se alege pentru recoltarea urinii o oră apropiată de unul din prînzuri, deoarece experienţa a arătat că sugarul are o emisiune de urină înainte sau imediat după alimentaţie.

Recoltarea în epruveta sterilă se impune numai în vederea efectuării uroculturii. Pentru examenul sumar de urină se vor folosi eprubete sau sticluţe curate (atenţie! flacoane de sirop insuficient spălate pot duce la erori de diagnostic — suspiciune de diabet).

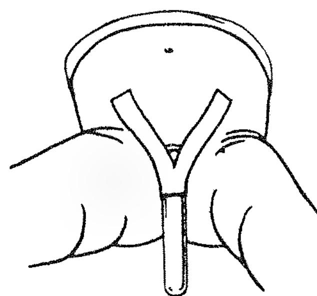


Fig. 176 — Recoltarea urinii la băieţi.

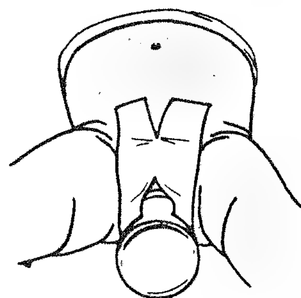


Fig. 177 — Recoltarea urinii la fetiţe.

Se recomandă pentru examenul de laborator prima urină de dimineaţă. Sugarul mai mare poate fi ţinut deasupra oliţei curate, dacă este deprins să urineze „la comandă". La copiii mai mari se recoltează din mijlocul jetului urinar direct în eprubetă.

După recoltare, urina trebuie transportată cît mai repede, pentru a nu fi supusă unor procese de degradare. În anumite situaţii (diabet, vărsături acetonemice, unele litiaze urinare), mama va efectua singură unele determinări în urină (cu ajutorul unor benzi-test).

834. Scaunele. Aprecierea corectă a scaunelor copilului este importantă. În mod curent se observă sistematic numărul scaunelor în 24 de ore, mirosul, consistenţa şi reacţia lor.

Scaunele sugarului (după G. Vasiliu)

Normal	Copil alimentat la sîn	Copil alimentat artificial
Număr pe zi	1–6	2–3
Culoare	Galben-auriu (eventual, puţin verzui din cauza oxidării pigmenţilor biliari)	Cenuşii-brune pînă la galben clar (substanţele colorate ale alimentelor apar neschimbate în scaun: carote, roşcove, sfeclă etc.)
Miros	Acrişor-aromatic	Fetid (fecaloid)
Consistenţă	Cremoasă	Păstoasă
Reacţie	Acidă	Alcalină (acidă în caz de alimentaţie cu preparate adaptate de lapte).

Se impune o atenţie cu totul particulară în a observa dacă scaunele conţin sînge, mucus, puroi, viermi intestinali (se păstrează scaunele pînă la venirea medicului). Scaunele lucioase şi grăsoase, cu resturi de legume nedigerate sau cu amidon în mare parte intact, indică cel mai adesea o tulburare de digestie şi absorbţie intestinală.

În cursul primelor săptămîni de viaţă, scaunele copiilor alimentaţi la sîn prezintă mari variaţii în raport cu aspectul normal. Mulţi copii prezintă scaune mai numeroase, cu grunji, uneori cu fragmente alburii şi chiar mucozităţi. Din cînd în cînd scaunele sînt lichide, de culoare verde. Aceste particularităţi nu trebuie să o nelinişteascăpe mamă, decît dacă sugarul nu progresează în greutate sau dacă prezintă şi alte tulburări.

Abaterile de la aspectul normal al scaunelor sînt mult mai semnificative la sugarul alimentat artificial şi trebuie privite totdeauna cu atenţie

În caz de diaree, se impune efectuarea unei coproculturi.

Date ce trebuie furnizate medicului

835. Fie că medicul vede bolnavul la domiciliul acestuia sau în cabinetul de consultaţii, fie că este înştiinţat telefonic despre îmbolnăvirea copilului, este necesar ca familia să-i furnizeze date precise. Observaţiile mamei pot să fie reţinute sub forma unor notiţe, pentru a nu uita nimic din manifestările şi evoluţia bolii şi pentru a putea răspunde exact la următoarele întrebări:

1. *Cînd şi cum a început boala?*
2. *Observaţii obiective*

— febra: ce temperatură a avut copilul? şi cum evoluează febra?

— vărsături: cîte? ce cantitate?

— constipaţie: cînd a avut ultimul scaun? aspectul scaunului? are tendinţă la constipaţie?

— diaree: cît de frecvente sînt scaunele? consistenţa? dacă au mucus sau sînge?

— dureri: localizarea? intensitatea? caracterul durerii (acută, intensă, în crize)? În caz de dureri abdominale — abdomenul este balonat sau muşchii abdominali sînt întăriţi? În caz de alte localizări: regiunea este caldă şi roşie?

— culoarea pielii: palidă, vineţie, icterică?

— erupţii cutanate: pete sau vezicule? localizarea? unde au început şi cum s-au extins?

— caracterul respiraţiei: dispnee? zgomote la inspiraţie sau expiraţie? tiraj la nivelul cutiei toracice? copilul preferă poziţia şezînd? numărul respiraţiilor?

— tusea: uscată sau productivă? cu sau fără expectoraţie?

— convulsii: contracturi musculare localizate la unele grupe musculare? tonus muscular crescut? starea de conştienţă? convulsii generalizate? durată? febră?

— poziţii particulare: poziţie antalgică? agitaţie? redoarea cefei (copilul „nu poate pune bărbia în piept")?

— alte observaţii: frecvenţa pulsului? eventuale neregularităţi?

3. *Acuze relatate de copil sau adolescent:* dureri; dificultate în respiraţie; greţuri; lipsa poftei de mîncare; ameţeli etc.

Examenul medical la domiciliu

836. Dacă este aşteptată vizita medicului la domiciliu, părinţii pot contribui la buna desfăşurare a acesteia prin unele pregătiri. Vor avea grijă ca

aerisirea camerei, spălarea (sau baia) şi masa copilului să fie rezolvate pînă la sosirea medicului (în orice caz să nu coincidă!).

Va fi măsurată temperatura (şi notată), eventual sub forma unei curbe în evoluţie: vor fi păstrate ultima urină şi scaunul (dacă acesta din urmă este modificat). Vor fi pregătite notiţele cu observaţiile (şi întrebările) părinţilor. De asemenea vor fi la îndemînă ambalajele medicamentelor administrate.

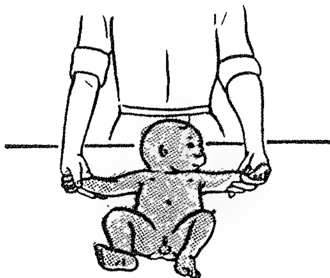


Fig. 178 — Ţinerea sugarului pentru examenul medical; dacă este culcat pe spate, braţele se ţin depărtate de corp, astfel ca medicul să-l poată examina nestînjenit.

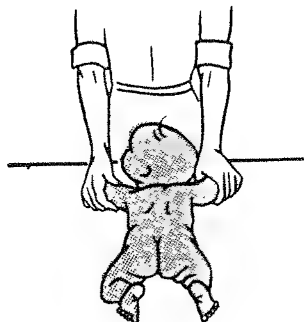


Fig. 179 — Dacă este culcat pe abdomen, braţele sînt ţinute sub pieptul sugarului.

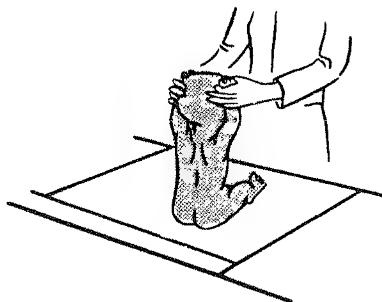


Fig. 180 — Pentru examenul în poziţie şezînd copilul va fi susţinut cu palmele sub axile. La sugarul care încă nu-şi ţine capul sau la copilul foarte slăbit, se vor ridica braţele în sus, sprijinindu-i în acelaşi timp şi capul.



Fig. 181 — Ţinerea sugarului şi copilului mic pentru examinarea ochilor, nasului şi faringelui.

Vor fi pregătite cele necesare ca medicul să se poată spăla pe mîini.

Pentru uşurarea examenului sugarului se va pregăti o masă (masa de înfăşat). Copilul mai mare va fi examinat în pat, iar cel mic (sau copilul care face dificultăţi la examinări ori este agitat) poate fi examinat în braţele unui membru al familiei.

Mama trebuie să înveţe să ţină corect copilul pentru examenul medical (vezi fig. 178, 179, 180, 181).

Este necesar să existe o sursă bună de lumină. Pentru examenul gurii şi faringelui va fi pregătită o linguriţă curată, aşezată pe o farfurie.

Pentru copiii care fac dificultăţi la examen se va avea la îndemînă jucăria preferată sau un biberon cu ceai.

Se recomandă ca mama să-şi facă notiţe (dacă medicul nu scrie amănunţit, tot ce trebuie făcut) în ce priveşte alimentaţia, tratamentul, măsuri speciale de îngrijire. Dacă a uitat ceva sau apare vreun dubiu asupra tratamentului, ori mama observă reacţii neaşteptate la copil sub tratament, nu se va sfii să pună întrebări suplimentare (chiar la telefon).

Dacă starea copilului se ameliorează rapid, mulţi părinţi sînt tentaţi să întrerupă tratamentul medicamentos indicat de medic sau să schimbe dieta prescrisă. Acest lucru nu este permis, putînd duce la recăderi. În cazul cînd medicul nu a specificat durata tratamentului, acesta va fi continuat pînă la următoarea vizită a medicului sau se „ajustează" după ce se ia legătura cu medicul prin intermediul sorei de ocrotire sau telefonic.

837. Cîteva reguli de bază pentru îngrijirea copilului la domiciliu

1. Copilul bolnav are nevoie de mult aer curat. Vara, camera poate rămîne cu ferestrele deschise. Iarna, se va aerisi de mai multe ori pe zi, fie direct, fie prin intermediul unei camere vecine.

2. Patul va fi astfel aşezat încît să fie ferit de curent. În cazul cînd camera se deschide spre o sală neîncălzită, se vor pune pături la partea de jos a uşilor. La copilul mic, plăpumioara sau pledul pot fi legate la cele patru colţuri de gratiile patului.

3. Poziţia patului va fi astfel încît copilul să nu privească tot timpul în lumină.

4. Temperatura aerului din cameră va fi de 18°C în cursul zilei şi de 20—22°C cînd copilul este spălat sau i se face baie. Copiii cu febră mare nu vor fi inveliţi prea gros în camera încălzită. Se vor evita oscilaţiile mari ale temperaturii camerei: dacă aceasta scade sub 16°C, devine nocivă pentru copil.

5. Ca măsură de protecţie pentru ceilalţi membri ai familiei, mama va purta în camera copilului un halat sau şorţ, care să-i acopere toată îmbrăcămintea.

6. În încăpere se va aşeza un lighean, săpun şi prosop — departe de patul copilului. Medicul decide dacă este necesar în plus un castronaş cu soluţie dezinfectantă pentru mîini.

7. Sursa de lumină artificială va fi atenuată, prin aşezarea unor bucăţi de carton în jurul veiozei.

8. Copilul febril transpiră mult. De aceea, dacă medicul permite, copilul mic va face baie zilnic. Copilul mare va fi spălat în pat, aşezat pe o muşama mare, acoperită cu cearceaful de baie. Se spală diferitele segmente ale corpului, ştergîndu-le şi învelindu-le imediat pentru a se evita răcirea (dacă medicul recomandă să nu se facă baie). Mama va curăţi cu o cîrpă înmuiată în apă caldă pielea de la subţioară, de la cutele gîtului, mîinile şi picioarele, organele genitale şi anusul.

9. În timpul băii va fi observată cu atenţie culoarea pielii şi respiraţia copilului. Dacă pielea devine brusc palidă sau vineţie, baia se întrerupe imediat.

10. La copiii care au picioarele reci, în special în cursul bolilor diareice grave, se pun sticle calde (învelite în şervet).

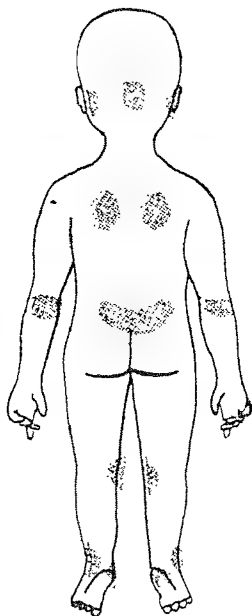
11. Fraţii şi surorile nu au ce căuta în apropierea copilului bolnav.

12. Îngrijirea cavității bucale se va face cu minuțiozitate, de mai multe ori pe zi. Spălarea pe dinți se va face cu grijă, cu ajutorul mamei. Clătirea se face cu o apă de gură răcoritoare sau cu ceai de mușețel (în special la copilul mic care, neștiind să facă gargară, poate înghiți ceaiul). În cazul în care mucoasa gurii este roșie, prezintă zone cu stomatită, copilul mai mare își va clăti gura de mai multe ori pe zi cu ceai de mușețel bicarbonatat (1 g la 250 ml de ceai).

13. Curățirea urechilor și a nasului. La sugar și copilul mic, curățirea urechilor se face cu tampoane lungi de vată. Se observă dacă apar secreții sau dacă copilul acuză dureri. În cadrul infecțiilor respiratorii (gripă, răceli), se acordă o importanță mare curățirii nasului. Cînd există secreții abundente în nas, acestea vor fi aspirate cu ajutorul unei pompițe. Nu este bine să se folosească tampoane de vată, care favorizează infecțiile supraadăugate. În caz de secreții vîscoase sau cruste, acestea se înmoaie prin picurarea de ser fiziologic și apoi se aspiră. Nu se recomandă introducerea în nas de substanțe grase (oleu gomenolat, vitamina A etc.). Prezența de secreții purulente sau sanguinolente trebuie semnalată medicului. Nu se folosesc dezinfectante nazale decît la indicația medicului și numai pe perioade scurte de timp.

14. Copilul va fi spălat imediat, ori de cîte ori s-a murdărit (vărsătură, scaun), în special în bolile digestive. De asemenea va fi spălat pe mîini înainte de a mînca, iar după masă va fi spălat atît pe față, cît și pe mîini.

15. Așternutul se aerisește și se aranjează în fiecare dimineață, timp în care — dacă are voie să stea în șezut — copilul mic se așează la capătul opus al patului, pe un fotoliu sau pe un scaun lîngă pat. Plapuma sau pledul se aranjează în cearceaf, perna se scutură, ambele se aerisesc. Cearșaful de pat se scutură, apoi se întinde cît mai bine, fără a face cute. Acesta se schimbă de 2 ori pe săptămînă.


Fig. 182 — Zonele predispuse la apariția escarelor.

16. Poziția în pat a copilului bolnav. În cursul afecțiunilor bronhopulmonare, copilul se simte bine cînd toracele este ușor ridicat. Mama va avea grijă ca poziția să fie corectă, adică toracele să fie în întregime ridicat, nu numai capul, care — în acest caz — apasă pe piept îngreunînd respirația. Poziția ridicată este ușurată dacă se introduce sub capul saltelei o pătură îndoită de mai multe ori sau 1—2 pernițe foarte dense. Se evită alunecarea bolnavului din poziția ridicată, introducîndu-i sub genunchi un rulou confecționat dintr-o păturică de molton.

17. Prevenirea escarelor. La copiii cu boli grave prelungite, la cei foarte slabi, paralizați, la cei imobilizați în aparate gipsate sau cu pierderea conștienței există pericolul apariției escarelor (fig. 182). La început, pielea se îngroașe în zona expusă presiunii neîntrerupte și frecării pe cearșaf. Treptat apar, favorizate de umezeală, leziuni superficiale dureroase. De aceea la copiii care transpiră mult, rufăria trebuie schimbată des. În plus, se recomandă fricționarea zonelor predispuse cu alcool diluat și aplicarea unui strat subțire de pudră de talc. La bolnavii care nu se pot mișca

mult în pat, se va schimba poziția de mai multe ori pe zi. Se va avea grijă ca cearșaful și pijamaua să nu facă cute.

18. Îngrijirea corectă a bolnavului presupune multă răbdare, timp și perseverență în executarea exactă a prescripțiilor medicale. Prin abilitatea cu care deviază atenția copilului de la suferința sa, mama îi poate ușura boala și îi poate crea o stare de spirit optimistă. Medicul sau rudele nu vor discuta lîngă patul copilului despre boala acestuia. Comentariile se vor face în afara camerei bolnavului.

19. Mama trebuie să fie în stare să insufle copilului bolnav încredere în medic. Dacă ea dovedește că ia în serios toate recomandările acestuia, executîndu-le conștiincios, va cîștiga colaborarea copilului și acesta va accepta mai ușor unele tratamente (injecții, medicamente cu gust neplăcut). Niciodată mama nu-și va manifesta mila în astfel de împrejurări și nu va comite greșeala de a amenința copilul cu injecții sau alte măsuri recomandate de medic.

20. În cursul îmbolnăvirilor, copilul simte și mai mult, decît atunci cînd este sănătos, nevoia prezenței și afecțiunii mamei. Jucăria preferată, micile gesturi de tandrețe, precum și asigurarea liniștei psihice sînt factori care contribuie la vindecare.

Pentru copilul obligat să stea mai mult la pat, se vor căuta ocupații și mici distracții care-l vor ajuta să-i treacă mai ușor timpul. Recomandăm pentru cei mici: cărți pentru colorat, plastilină, jocuri simple de cărți, desenatul. Pentru cei mai mari: lecturi plăcute, muzică (vizionarea programelor TV va fi selectivă!), albume cu fotografii mai vechi, care pot constitui și un prilej pentru amintiri plăcute și discuții apropiate cu părinții.

21. La copiii în stare gravă, se curăță și se umezesc buzele (din oră în oră) cu infuzie de mușețel; de îndată ce starea lor se îmbunătățește, li se dă să bea ceai de mușețel îndulcit cu zahăr, în cantități mici și repetate, fără a-i forța.

22. Pentru îngrijirea copilului cu *boală contagioasă* se cer unele măsuri suplimentare:

a. Se înlătură toate obiectele care nu sînt necesare. În special se va avea grijă să fie îndepărtate hainele altor membri ai familiei. Covoarele se string sul și pot rămîne în cameră.

b. Patul copilului se va spăla cu apă caldă cu detergenți. La nevoie, se mai instalează un pat, pentru persoana care îngrijește copilul.

c. Va exista o oală de noapte sau o ploscă. Peste urina și scaunul emise de copil se toarnă imediat o soluție dezinfectantă. Abia după 2 ore se evacuează în W.C.-ul locuinței.

d. Va exista de asemenea un lighean pentru bolnav, eventual și pentru persoana care-l îngrijește. În plus, un vas cu soluție pentru dezinfecția mîinilor și o periuță pentru unghii.

e. Persoana care îngrijește copilul poartă tot timpul cît este cu copilul un halat (alb sau colorat, dar dintr-un material care se poate spăla și fierbe). Înainte de a părăsi camera, dezbracă halatul, îl agață de un cui în interiorul camerei, în apropierea ușii. Cînd se întoarce, îmbracă halatul înainte de a face orice act de îngrijire a copilului.

f. Schimbarea rufăriei de corp, de pat, a prosoapelor se face zilnic și ori de cîte ori se murdăresc. Obiectele se string într-o găleată cu capac, în care se găsește o soluție antiseptică (Cloramină 1%).

g. Tacîmurile, farfuriile, ceștile etc. folosite de bolnav (eventual și de persoana care-l îngrijește) rămîn permanent în cameră și se spală separat. Vasele în care se aduce mîncarea se pun pe o masă, de unde se servește în farfurii, pahare etc. apoi se duc la bucătărie și se spală separat de vesela restului familiei.

Regimul alimentar al copilului bolnav

838. Recomandările făcute de medic vor fi respectate întocmai de mamă în ce privește componența, cantitatea, felul de administrare și orarul alimentației.

Mîncarea va fi preparată gustos, variat și va fi oferită în mod plăcut, în porții mici. O farfurie plină este resimțită de copil ca o povară (mai bine se mai servește o dată). Copilul nu va fi forțat să mănînce (se evită astfel supărarea, starea de tensiune, vărsăturile). Mîncarea se servește caldă (pot fi folosite farfurii cu fund dublu — cu apă caldă), tăiată în bucăți mici.

Copilului grav i se așează o perniță sub cap și un șervet în față; dacă starea copilului o permite, va mînca în poziție semișezînd, bine sprijinit. Lichidele pot fi băute cu paiul.

La copilul cu pierderea conștienței nu se va face nici o tentativă de alimentație existînd riscul aspirației și asfixiei.

Contrar concepției mai vechi, după care bolnavii febrili trebuie ținuți nemîncați, azi este valabil principiul că orice bolnav trebuie să fie hrănit și mai ales să primească lichide suficiente, avînd grijă de a se îndepărta acele alimente sau moduri de preparare care nu sînt potrivite bolii respective.

La copil, mai mult decît la adult, regimul dietetic are o importanță la fel de mare ca și tratamentul medicamentos.

— Regimul alimentar al copilului bolnav este dezechilibrat, incomplet, dar necesar; copilul nu are de suferit dacă regimul nu se prelungește prea mult.

— Unul din obiectivele urgente și permanente la copiii bolnavi (mai ales la sugari) este să se acopere pierderile mari de apă (deshidratarea din cauza febrei, diareei, vărsăturilor, transpirației, refuzului tranzitoriu de a mînca etc.) prin ingerarea unui volum mai mare de lichide: apă fiartă și răcită, ceaiuri de plante medicinale, îndulcite cu glucoză sau zahăr, sucuri de fructe, compoturi, supă de zarzavat. La copiii care varsă sau transpiră mult, la lichidele îndulcite se adaugă și puțină sare de bucătărie.

— În bolile febrile există un consum mare de calorii și dacă hrana este insuficientă, copilul își consumă propriile rezerve din țesuturi. Pentru a acoperi consumul mare de calorii, se dau alimente cu glucide (mai bine tolerate și ușor de asimilat). La sugar se dau: ceaiuri îndulcite cu glucoză 10% sau cu zahăr 5%, lapte diluat și îndulcit, supe. La copilul mare se adaugă făinoase (cartofi, pîine albă, biscuiți, orez) sau dulciuri (compoturi, mere, dulceață, gemuri); de îndată ce febra a mai scăzut și apetitul a revenit (toleranța digestivă a crescut) se adaugă și grăsimi: unt, smîntînă, uleiuri vegetale.

În cursul bolilor febrile se produce și un consum mărit de proteine. De aceea, de îndată ce natura și evoluția bolii o permit, la sugar se va reintroduce cît mai repede laptele, iar la copiii mai mari brînza de vacă, carnea fiartă sau friptă (de vită sau de pasăre), peștele de apă dulce.

— Consumul de vitamine și săruri minerale este și el crescut în majoritatea bolilor copilului. Sucul de fructe crude se poate da singur sau înglobat în pulpa de fructe rase (mere, piersici, banane etc.), ori amestecat cu fierturi de

făinoase (Zeamil, griș, fulgi de porumb), budinci ușoare, pesmet, biscuiți rași. Supa de zarzavat (strecurată la început) și mai tîrziu pireul de cartofi sau de morcovi asigură nevoile crescute de săruri minerale.

Orice aliment se dă sub o formă ușor de tolerat. Copiii bolnavi au deseori o lipsă a poftei de mîncare, scăderea secrețiilor digestive și modificări ale motilității tubului digestiv (fie constipație, fie colici abdominale, vărsături și/sau diaree). Aceste tulburări pot fi evitate printr-o alimentație lichidă sau semilichidă, fără celuloză în exces (merele, de exemplu, se dau numai rase sau chiar coapte și diluate cu ceaiuri) și fără compuși iritanți (condimente) sau care produc fermentații (prunele, strugurii) și putrefacții intestinale (prăjiturile cu cremă, carnea etc.). Nu se dau rîntașuri, sosuri, prăjeli, prăjituri de cofetărie, ciocolată, mezeluri, conserve, pește de mare etc.

În caz că bolnavul refuză sau varsă, este preferabil să se lase stomacul în repaus timp de circa o oră (medicamentele se dau sub formă de supozitoare sau de injecții). Apoi, dacă sugarul primește (copilul mai mare își exprimă dorințele), i se dau lichide cu lingurița (la sugar chiar cu pipeta), în cantitate de 10—40 g o dată. La copilul mare se dau cu ceașca. Dacă bolnavul primește și tolerează primele lichide înghițite, i se dau alte 20—40 g după 10—20 de minute. După cîteva ore, se poate crește cantitatea și se lărgesc intervalele, pentru a da prilej copilului să se odihnească. Dacă nu are diaree, se adaugă în ceai sucuri de fructe (lămîie, portocale, mere, piersici, vișine, zmeură, mure). Unii copii mai mari preferă apa minerală.

În ziua cînd varsă nu se va da copilului să bea mult, chiar dacă el vrea. Cînd copilul insistă să i se dea să mănînce, i se pot da, în funcție de preferințe: un biscuit, cîteva lingurițe de supă, puțin compot de mere, un cartof copt. Dacă cere, i se va da o jumătate de ceașcă de lapte diluat. Dacă copilul varsă din nou, mama trebuie să fie mai fermă. Nu-i va da absolut nimic timp de 2—3 ore (la sfatul medicului se poate da un medicament antivomitiv) și apoi se va începe cu 1—2 lingurițe de apă sau de ceai. După 20—30 de minute, i se vor da din nou 2 lingurițe de apă.

La copiii care refuză pentru un timp să mănînce, dar nu au vărsat, de îndată ce cer să mănînce li se vor servi, în cantități mici și progresiv crescute, alimente ușoare și care sînt preferate de copil.

839. Regimuri alimentare. Alimentația copiilor bolnavi se grupează într-o serie de regimuri sau de diete corespunzătoare unor boli mai frecvente și anumitor perioade din evoluția lor.

840. Dieta hidrică se recomandă în caz de diaree cu sau fără vărsături, precum și la copiii grași care refuză să mănînce. Constă din apă cu 5—10 g glucoză la 100 ml, ceai de plante (chimen, anason, mușețel sau tei) îndulcit cu 50 g zahăr fiert în 1 000 ml de lichid, ser fiziologic (apă în care se adaugă și se fierb 9 g de sare la un litru), apa de orez preparată cu 30 g de orez și cu 50 g de zahăr la 1 000 ml de lichid.

841. Dieta de tranziție urmează dietei hidrice în tratamentul diareilor. La sugar, în primele luni, este constituită din supă de morcovi (punctele 750, 859) sau un amestec de făină de roșcove (Arabon, Ceratonia), în concentrație de 30—50 g la 1 000 g de lichid. La sugarul mai mare și la copilul de 1—5 ani, la aceste alimente se adaugă orezul pasat, cu zahăr, merele coapte (îndulcite de la început și îmbogățite ulterior cu pesmet de pîine), pireul de morcovi, grișul cu apă îndulcit cu 5% zahăr.

842. Regimuri cu alimente-medicamente sînt folosite în diarei și în unele boli metabolice ereditare. Dintre acestea, se citează cîteva produse industriale: pulberea de morcovi, pulberea de banane. Eledon-ul (preparat de lapte acidifiat natural și cu reducerea lactozei), Humana H (pre-

parat dietetic cu o anumită concentrație a principiilor de bază ale laptelui și cu un adaos de hidrați de carbon și de pudră de banane) etc.

843. **Regimul hidro-zaharat** cuprinde ceaiuri îndulcite cu zahăr sau cu zaharină, supă de zarzavat strecurată, zeamă de orez, zeamă de compot, limonade sau oranjade, apă gazoasă, sirop, miere. Se recomandă copiilor mai mari, febrili, care nu tolerează laptele.

844. **Regimul hidro-zaharat-lactat** cuprinde în plus lapte, iaurt și brînză de vaci. El este folosit la copii cu toleranță digestivă scăzută, în perioada de început a oricărei boli febrile.

845. **Regimul lacto-hidro-zaharat-făinos** are în plus cartofi (copți, fierți, pireuri), pîine albă, biscuiți, griș, orez, dulceață, gemuri, orez, macaroane.

846. **Regimul lacto-făinos-vegetarian** cuprinde în plus, față de regimurile anterioare, legume (salate, fierte) și fructe (crude rase, terciuite, coapte, compoturi, dulceață sau gemuri).

847. **Regimul făinos**, cu sau fără brînză de vacă și carne, este compus din: ceaiuri, pîine prăjită, biscuiți, orez, cartofi, griș, paste făinoase. Regimul se poate îmbogăți cu brînză de vaci, carne, mere coapte. Este indicat la copii mai mari după dieta hidrică în caz de dizenterie, toxiinfecții alimentare, diaree de orice natură.

848. **Regimuri individualizate** se prescriu în orice boli ale nou-născuților și sugarilor, precum și în unele boli ale copilului mai mare, unele boli de rinichi, boli de inimă, diabet, hepatită epidemică, diaree cu deshidratare. *Regimul este prescris, în scris, de medic, cu indicația conținutului, cantității de alimente ce se dau în 24 de ore, după un anumit orar.* Mama va măsura și cîntări fiecare aliment în parte înainte de a-l pregăti și de a-l da copilului. Pe o foaie de hîrtie va nota cantitățile primite, precum și ceea ce copilul a eliminat (urină, scaune, vărsături). Copiii bolnavi se cîntăresc zilnic.

849. **Regimul complet** este un regim normal, care se dă la copii mari, bolnavi de afecțiuni ușoare sau în perioada de convalescență.

Boli contagioase

Rujeola (pojar, cori)

850. **a) Definiție.** Este o boală foarte contagioasă, produsă de un virus și caracterizată prin febră mare, tuse, secreții nazale și oculare și o erupție caracteristică.

b) Importanța bolii. Sub vîrsta de 2 ani boala este urmată adesea de complicații pulmonare grave, cu o mortalitate încă destul de ridicată.

c) Modul de transmitere. Rujeola se transmite numai direct, de la un alt copil bolnav, care este contagios 4—5 zile înainte de apariția erupției și pe toată durata erupției. Boala se transmite prin aer („cale aerogenă"), prin picăturile de salivă, secrețiile nazo-faringiene și conjunctivale, pe care copilul le proiectează în jurul său în timpul vorbirii, tusei, strănutului.

Copiii între 1 și 10 ani sînt deosebit de receptivi. În colectivitățile de copii (creșe, grădinițe, școli), boala cuprinde aproape pe toți copiii care nu au suferit în trecut de rujeolă sau nu au fost vaccinați. După vîrsta de 3 luni cînd dispar anticorpii transmiși de mamă (dacă ea a avut boala) copiii pot face pojar la orice vîrstă. Este de dorit ca un copil să nu facă pojarul sub vîrsta de 3 ani, căci pînă la această vîrstă complicațiile sînt frecvente și grave.

d) Incubația este fixă, de 10—12 zile. La bolnavii care au primit gammaglobulină, incubația se poate prelungi pînă la 28 de zile.

e) Invazia (perioada catarală sau preerupția) durează 3—4 zile, pînă cînd apare erupția. Febra crește treptat, ajungînd la 39—40°C. Apare catarul oculo-nazal: copilul strănută, tușește; din nas se scurge o secreție apoasă, abundentă; conjunctivele se înroșesc; pleoapele sînt ușor umflate, pe jumătate închise; ochii lăcrimează; lumina îl supără. Vocea poate deveni răgușită. Copilul pare „răcit" și boala poate fi luată drept „gripă", „guturai" sau „rinofaringită". În faza de invazie este caracteristic semnul lui Koplik: pe mucoasa obrajilor, în dreptul măselelor, apar cîteva pete roșii centrate de mici ridicături albe (aspect de boabe de griș), presărate pe mucoasă. Fundul gîtului este roșu-aprins, iar pe vălul palatului se constată mici puncte hemoragice. Starea generală se înrăutățește; copilul este somnolent, refuză să mănînce; copiii mai mari se plîng de dureri de cap și de dureri musculare.

f) Perioada eruptivă. Erupția (exantemul) apare pe piele după 3—4 zile de la începutul bolii, întîi după urechi, pe față și pe gît (fig. 183). A doua zi

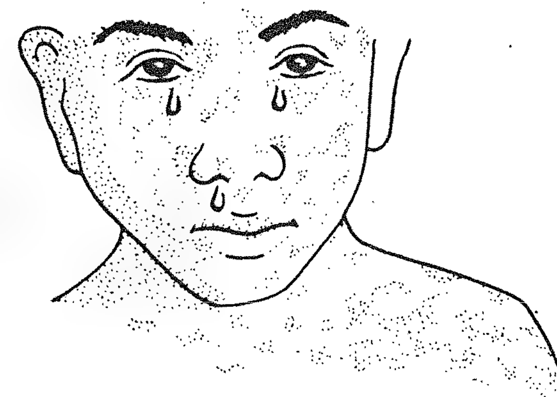


Fig. 183 — Rujeolă în faza eruptivă.

petele apar și pe trunchi, iar în următoarele 2—3 zile se extind dinspre rădăcina membrelor pînă ajung la degete. În momentul cînd erupția a ajuns la mîini și picioare, începe să pălească pe față și gît, iar febra scade. În tot timpul erupției febra se menține mare (39—40°C).

Erupția de rujeolă este formată din pete roșii de diferite mărimi, cu formă neregulată, pe alocuri confluente; între pete rămîn totdeauna zone de piele sănătoasă. Petele dispar la apăsare; la pipăit se simt ușor reliefate și catifelate.

Copiii la care s-au administrat gammaglobuline în primele zile de incubație pot prezenta o erupție foarte discretă: pete mici, izolate, mai rare, care uneori nu cuprind toate regiunile corpului și dispar mult mai repede.

După 3—4 zile de la apariția erupției febra începe să scadă, erupția pălește și dispare în ordinea în care a apărut (de sus, în jos).

g) Perioada de convalescență începe la 6—8 zile de la începutul bolii. În locul erupției, rămîn niște pete cafenii, apoi apare o descuamație fină, ca tărîțea, mai accentuată pe față, care durează circa o săptămînă. Tusea și secreția nazală dispar treptat, după mai multe zile. Starea generală se ameliorează, copilul devine mai vioi și cere de mîncare.

În 9—10 zile boala se vindecă. În cazul copiilor cu vîrsta pînă la 3 ani, mama beneficiază de 14 zile de concediu pentru îngrijirea copilului bolnav. Copilul de vîrstă şcolară poate relua activitatea şcolară după 10—14 zile de la începutul bolii.

h) Complicaţiile sînt frecvente mai ales la copiii pînă la 2 ani. După rujeolă, reactivitatea organismului scade mult, aşa că infecţiile microbiene îmbracă forme grave, punînd adesea în pericol viaţa copilului.

La un copil cu rujeolă se bănuie o complicaţie: dacă febra persistă sau apare din nou după ce temperatura revenise la normal timp de 2—3 zile; dacă, după ce a pălit erupţia, copilul continuă să „zacă" şi refuză mîncarea; dacă tusea devine mai frecventă şi mai supărătoare pentru copil, iar copilul geme, respiră greu; dacă se plînge de urechi sau de dureri de cap.

Bronhopneumonia este complicaţia cea mai frecventă la copilul sub 2 ani. Febra persistă, tusea se accentuează; respiraţia devine mai frecventă, greoaie şi se însoţeşte de geamăt.

Crupul rujeolic (laringita obstruantă) poate duce la asfixia copilului prin micşorarea sau astuparea laringelui.

Dintre *complicaţiile mai puţin frecvente* se pot cita în ordinea frecvenţei: stomatite, otite, pneumonii interstiţiale, encefalita (rară, dar foarte gravă), vărsăturile, diareea.

Rujeola este o boală care slăbeşte mult capacitatea de apărare a organismului şi deschide, în acest fel, drumul tuberculozei. De aceea, copiii cu tuberculoză în antecedente se vor controla ulterior prin examene medicale şi radioscopii pulmonare.

i) Tratament. Rujeola se îngrijeşte la domiciliu sub supravegherea medicului. Internarea este necesară: dacă rujeola a apărut la un copil care suferea deja de o altă boală (otită, mastoidită, diaree gravă, pneumopatie acută); dacă rujeola a apărut la un copil într-o colectivitate închisă (preventoriu, colonie, spital, grădiniţă săptămînală, internat, creşă); dacă nu există condiţii pentru îngrijirea în familie; dacă au apărut complicaţii.

α) Tratament igieno-dietetic. În tot timpul perioadei febrile şi a complicaţiilor, copilul va sta la pat. Se va evita contactul cu persoane care suferă de alte boli (gripă, guturai, amigdalite, infecţii ale pielii).

Camera copilului nu va fi supraîncălzită, va fi bine aerisită şi se va întreţine o atmosferă umedă (vase cu apă pe sobă; prosoape umede lîngă sobă). Cînd copilul prezintă catar oculonazal, lumina excesivă îl supără, aşa că se va atenua lumina prin folosirea de becuri slabe, seara, şi tragerea perdelelor la ferestre, ziua.

Deîndată ce a scăzut febra, se face din nou baie generală.

În timpul cît este febril şi copilul refuză să mănînce nu va fi forţat să mănînce, ci i se vor da cu răbdare şi în cantităţi mici lichide din abundenţă (vezi punctele 654, 843, 844). Imediat ce revine apetitul, i se poate da un regim normal, în funcţie de vîrstă şi de preferinţele sale. Este greşită părerea după care în rujeolă se ţine un regim strict, fără sare, fără grăsimi şi fără carne.

β) Tratament medicamentos. Se vor da medicamente pentru combaterea febrei (Aspirină 0,10 g pe an de vîrstă şi pe zi; supozitoare de Paracetamol 1—2 pe zi); calmante ale tusei (poţiuni expectorante); liniştitoare ale sistemului nervos (Fenobarbital tablete de 0,015 g, 1—3 pe zi) la copiii agitaţi sau predispuşi la convulsii.

În caz de complicaţii (bronhopneumonie, otită), se vor administra antibiotice la indicaţia medicului.

Dacă survine crupul rujeolic, se aplică comprese calde la gît (schimbate des) şi se duce copilul de urgenţă la spital.

j) Profilaxie. Rujeola este foarte contagioasă, chiar în stadiul de început, cu 3—4 zile înainte de apariţia erupţiei, cînd copilul are fenomene catarale. Contaminarea unui copil sănătos de la unul bolnav cu care stă în acelaşi apartament este aproape sigură. Boala nu se transmite printr-o a treia persoană. După scăderea febrei şi dispariţia erupţiei, boala nu se mai transmite. Nu sînt necesare măsuri speciale de dezinfecţie. Vaccinarea antirujeolică este obligatorie şi se practică la vîrsta de 9—14 luni în campanii organizate de Dispensarul teritorial.

Rubeola (pojărelul)

851. a) Definiţie. Rubeola este o boală contagioasă, cu evoluţie scurtă şi foarte uşoară produsă de un virus. Se caracterizează prin: erupţie cutanată (pe piele) şi adenopatii (mărirea unor grupe ganglionare).

b) Importanţa bolii. Rubeola este importantă prin faptul că, dacă apare la femei gravide, poate determina malformaţii congenitale (vezi punctul 83). Boala se transmite pe cale aeriană, numai prin contact direct, prin picături de salivă de la bolnav la sănătos. Dă o imunitate solidă pe viaţă. Contagiozitatea bolii este redusă. Receptivitatea este mai mare la copiii între 5 şi 15 ani.

c) Incubaţia este de 14—21 de zile.

d) Perioada de invazie este scurtă (1—2 zile) sau poate lipsi. La început copilul prezintă febră mică (pînă la 38°C), dureri de cap, uşoară secreţie nazală şi conjunctivală. Mucoasa faringiană este roşie.

e) Erupţia este de multe ori singurul semn al bolii. Este mult mai redusă decît în rujeolă (uneori de-abia se observă) şi apare ca pete roşii-palide, care se unesc între ele. Apare mai întîi la faţă, apoi se întinde pe gît, pe trunchi, şi la urmă pe membre. Durează 1—3 zile. Erupţia este variată, semănînd adeseori cu cea din rujeolă, rareori cu cea din scarlatină. Ganglionii limfatici suboccipitali (de la ceafă) şi cei laterocervicali (uneori chiar toţi ganglionii) sînt măriţi.

Rubeola se vindecă totdeauna, fără complicaţii.

f) Tratament. Cît are febră, copilul va sta în pat. Alimentaţia va fi normală. Cel mult, în perioada cît are febră, se va da o alimentaţie mai uşoară (ceaiuri, lapte, iaurt, pireuri de legume, fructe, pîine, biscuiţi, macaroane). Pentru combaterea febrei şi a durerilor de cap se recomandă: Aspirină (0,10 g pe an de vîrstă) şi Fenobarbital tablete de 0,015 g 1—3 tablete seara.

Dacă copilul nu a împlinit 3 ani, mama salariată beneficiază de un concediu medical de 5 zile.

Femeile gravide care nu au avut boala în copilărie vor fi ferite să vină în contact cu copiii bolnavi de rubeolă.

Varicela (vărsatul de vînt)

852. a) Definiţie. Varicela este o boală foarte contagioasă, cu evoluţie uşoară. Este produsă de un virus şi se caracterizează printr-o erupţie veziculoasă, generalizată.

b) Modul de transmitere. Izvorul de infecţie este copilul bolnav care este contagios pe toată durata bolii, pînă la căderea crustelor (14—21 de zile). Boala se transmite direct de la bolnav la sănătos, pe cale aeriană, prin secreţiile nazofaringiene eliminate prin vorbire, tuse, strănut, precum şi prin conţinutul elementelor eruptive. Receptivitatea la boală este foarte mare la toate

vîrstele, dar mai ales la copiii între 2 și 15 ani. Boala lasă o imunitate solidă și durabilă.

c) Perioada de incubație este în medie de 14 zile (10—20 de zile).

d) Invazia (perioada preeruptivă) este scurtă (1—2 zile), cu manifestări discrete: febră ușoară, dureri de cap și musculare, indispoziție. Faringele este roșu.

e) Perioada de stare se caracterizează prin erupția care apare pe tegumente (inclusiv pielea acoperită cu păr) și ia aspectul unor pete roșii, care în cîteva ore se umflă puțin (papule) și apoi se transformă în vezicule care conțin un lichid limpede, semănînd cu picăturile de rouă. Către a 3-a zi, lichidul din vezicule se tulbură (devin pustule). Pustulele se transformă apoi în cruste, care se desprind în circa 7—10 zile; dacă nu au fost infectate sau rupte de copil, crustele nu lasă semne. Numărul elementelor de varicelă este

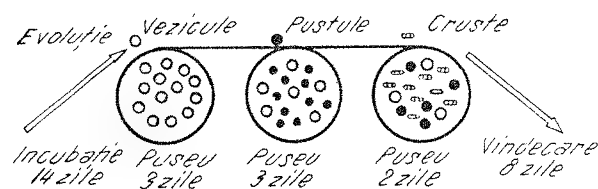


Fig. 184 — Stadiile evolutive ale erupției de varicelă.

variabil: uneori numai cîteva (5—20), alteori sînt foarte numeroase, împrăștiate neregulat pe toată suprafața corpului. Erupția este pruriginoasă (se însoțește de mîncărime). Ea poate apărea și pe mucoase (în gură, pe conjunctive, pe mucoasa genitală). Erupția de varicelă apare în mai multe valuri, așa că în cursul evoluției bolii pe pielea copilului se găsesc concomitent elemente eruptive de toate vîrstele, de la macule pînă la cruste (fig. 184).

f) Complicațiile cele mai frecvente sînt infecțiile secundare ale veziculelor prin microbi obișnuiți (stafilococi, streptococi etc.), favorizate de scărpinat și de lipsa de îngrijiri igienice ale pielii: piodermite, abcese, flegmoane, stomatite, conjunctivite; rareori acestea pot duce la septicemie. O complicație gravă, dar foarte rară, este meningoencefalita variceloasă.

g) Tratament. Copilul va fi ținut în casă pe toată perioada erupției. Alimentația va fi formată la început, în perioada febrilă, din lapte, ceaiuri, supe, pireuri de legume, fructe, făinoase. Dacă pe mucoasa gurii există vezicule supărătoare, se vor da numai alimente moi. Imediat ce a trecut perioada febrilă, copilul va primi un regim alimentar normal.

Pentru evitarea suprainfectării veziculelor se recomandă: copiii mari vor fi sfătuiți să nu se scarpine, iar celor mici li se vor înfășura mîinile în vată și tifon; se vor tăia unghiile scurt; copilul va fi spălat pe mîini cu apă caldă, săpun și peria de unghii de mai multe ori pe zi; lenjeria de corp și de pat se va schimba zilnic; se vor folosi scutece, cămășuțe sau pijamale moi, care să nu strîngă copilul, evitînd astfel ruperea veziculelor și crustelor; pielea se va pudra cu talc; se vor curăți cu un tampon cutele și plicile pielii; se va menține o igienă riguroasă a mucoasei bucale (se va clăti, de mai multe ori pe zi, cu ceai de mușețel), conjunctivelor (instilații cu ser fiziologic, curățirea pleoapelor de secreții cu infuzie de mușețel) și mucoasei genitale (spălare cu soluții dezinfectante slabe sau cu infuzie de mușețel); în faza de evoluție, nu

se va face baie generală; spre sfîrșitul bolii, cînd se mai mențin cruste puține, se poate face baie într-o cadă perfect curată.

În cazul cînd copilul bolnav nu a împlinit 3 ani, mama beneficiază de un concediu de 14 zile; durata concediului se socotește de la începutul bolii.

Boala se vindecă repede și fără vreun tratament special. Dacă copilul își rupe crustele sau dacă veziculele se suprainfectează, rămîn cicatrice.

Scarlatina

853. a) Scarlatina este o boală frecventă, mai ales la copiii școlari și de grădiniță.

b) Modul de transmitere. Este produsă de streptococul hemolitic. Microbul se găsește în nasul și gîtul bolnavilor de scarlatină, convalescenților netratați cu penicilină, bolnavilor cu angine streptococice și purtătorilor sănătoși. Boala se transmite de obicei prin contactul dintre bolnav sau purtător și individul receptiv. În timpul vorbirii, rîsului, strănutului sau tusei, picăturile de secreții din nas sau gît și saliva infectează aerul din jurul bolnavului, dar și obiectele, alimentele, lenjeria. De cele mai multe ori însă boala se ia direct; un copil bolnav sau un purtător sănătos poate declanșa o epidemie ce poate cuprinde o mare parte din elevii unei clase. De aceea, orice bolnav de scarlatină se internează într-un spital de boli contagioase.

c) Incubația durează 2—7 zile și este fără simptome.

d) Invazia este scurtă, durînd 12—36 de ore. Boala începe brusc, de obicei cu temperatură mare (38—40°C). Copiii mai mici varsă, se plîng de burtă, cei mai mari se plîng de dureri vii în gît, înghit greu, se simt rău, au dureri de cap, sînt agitați, cîteodată delirează.

e) Enantemul sau angina scarlatinoasă se caracterizează prin: fundul gîtului este roșu „ca focul"; amigdalele se măresc, se roșesc și uneori se acoperă de depozite de puroi, ca niște puncte albe; vălul moale și omușorul sînt roșii, tumefiate. Limba este încărcată, cu marginile și vîrful roșu. Ganglionii din regiunea gîtului sînt măriți și dureroși la pipăit.

f) Perioada de stare (eruptivă) începe cu erupția sau exantemul scarlatinos care apare în mod obișnuit la 24—36 de ore de la începutul bolii, mai întîi în zonele cu piele mai subțire (plicile cotului, regiunea inghinală, părțile laterale ale gîtului și trunchiului, axile). Ea rămîne mai accentuată în zonele unde a apărut mai întîi. Erupția este roșie, întinsă pe suprafețe mari; dispare la presiune; la pipăit este aspră, ca pielea de găină. În formele grave erupția este hemoragică. La plicile coatelor, axilelor, abdomenului, genunchilor apar niște dungi subțiri roșu-violacee, care nu dispar la presiune.

Adesea erupția apare și pe față: cuprinde obrajii care devin roșii-aprinși cu benzi roșii stacojii (aspect pălmuit al feței), în timp ce buzele, bărbia și zona din jurul nasului rămîn palide.

Erupția se generalizează în 2 sau 3 zile, rămîne la fel timp de 1—2 zile, apoi descrește în 2 zile. Durează în total 5—7 zile. Cîteodată erupția este ușor pruriginoasă (produce mîncărime), mai ales la început.

g) Evoluția enantemului. Așa cum s-a arătat mai sus, enantemul apare înaintea erupției și persistă; amigdalele, pilierii, vălul palatului, fața internă a buzelor rămîn roșii vii, cu depozite de puroi. Roșeața care la început era numai la vîrful și pe marginea limbii, cu fiecare zi se întinde spre centrul acesteia. Treptat limba se descuamează de stratul gros, alburiu cu care era acoperită. Spre a 5-a zi, la sfîrșitul erupției, limba este roșie închis, presărată de

papile, cu aspect „zmeuriu". Către a 10-a zi limba este lucioasă, lăcuită; din a 12-a — a 15-a zi își recapătă aspectul normal.

Febra oscilează între 39°C și 40°C în tot timpul perioadei eruptive și începe să scadă spre a 5-a zi; mai rar rămîne puțin ridicată pînă spre a 10-a zi. De obicei revine la normal în a 7-a zi.

h) Perioada de descuamare. După dispariția erupției, apare o descuamare caracteristică: mai întîi pe față și trunchi sub formă de scuame mici, apoi pe tălpi și picioare unde scuamele sînt mai mari, uneori ca niște lambouri.

i) Complicațiile se mai observă în scarlatinele nediagnosticate la timp. Survin fie la începutul bolii, fie în cursul celei de-a 3-a săptămîni de boală. *Otita* are de obicei o evoluție spre supurație. *Complicațiile renale* au devenit rare; nu toți streptococii A beta-hemolitici ce pot produce scarlatină sînt susceptibili de a determina o nefrită. *Reumatismul scarlatinos* poate fi *precoce* (apare în timpul erupției) și *tardiv* (survine din a 14-a — a 25-a zi de la debut, îmbrăcînd forma de reumatism articular acut. Se poate însoți de atingerea inimii și trebuie tratat corect, în spital).

Recăderea în scarlatină se produce în perioada de convalescență a bolii și se datorește, după ieșirea din spital, contactului, în familie sau în colectivitate, cu bolnavi sau purtători de streptococ hemolitic. Din acest motiv, este indicat ca la toți membrii familiei unui copil cu scarlatină să se facă examenul de laborator pentru depistarea streptococului și să se dea Penicilina V în scop preventiv.

j) Tratament. Copiii bolnavi se internează obligatoriu în spital timp de 7—10 zile, pentru izolare și tratament. Antibioticul cel mai eficace este penicilina. La ieșirea din spital se administrează o penicilină-depozit, Moldamin (benzatinpenicilină), în doză de 600 000 U. Pentru prevenirea reinfecțiilor sau a complicațiilor, penicilina-depozit (Moldamin) se repetă la 10 zile de la externare.

Eritromicina se folosește în locul penicilinei, dar numai în caz de alergie la penicilină.

În primele 10 zile de boală se recomandă repaus la pat. După aceea copilul rămîne în casă pînă în a 21-a zi de la începutul bolii și este urmărit în continuare de pediatrul de la dispensarul policlinic de copii pînă la 30 de zile de la începutul bolii.

Se urmărește urina, prin examene de laborator ce se fac la începutul bolii și apoi săptămînal timp de 30 de zile.

Se consideră vindecat un copil dacă după 21 de zile de la începutul bolii, la două examene bacteriologice consecutive ale exsudatului faringian nu s-a mai depistat streptococul hemolitic, dacă examenele de urină au fost normale și dacă la examenul clinic general nu se constată nici o modificare patologică.

Regim alimentar. În primele zile de boală, cînd copilul are febră mare, cu stare generală alterată, se plînge de dureri în gît și nu are poftă de mîncare i se va da numai regim hidrozaharat-lactat (vezi punctele 843, 844). Pe măsură ce apetitul revine și toleranța digestivă crește (nu mai varsă, nu are grețuri, nu se plînge de dureri abdominale), febra scade și starea generală se ameliorează se va lărgi și regimul alimentar, dîndu-i-se în plus derivate de lapte, carne rasol, orice făinoase. După cîteva zile de afebrilitate și dacă urina este normală, se va da un regim alimentar normal.

Nu se mai recomandă regimul fără sare în forma comună de boală.

Tusea convulsivă (tusea măgărească)

854. **a) Tusea convulsivă** este o boală infecțioasă și contagioasă, caracterizată clinic printr-o tuse chinuitoare, caracteristică, ce durează cîteva săptămîni. Germenul care o produce este un cocobacil numit *Haemophilus pertusis* sau *Bordetella pertusis*.

Izvorul de infecție îl constituie bolnavul de tuse convulsivă, care este contagios timp de 6 săptămîni de la începutul bolii. Transmiterea se face direct, prin aer, prin picăturile ce se proiectează în timpul tusei. Contagiozitatea bolii este foarte mare. Atinge îndeosebi copii, din momentul nașterii și pînă la 7 ani. Nou-născutul nu are imunitate transmisă de la mamă. La sugar boala îmbracă o formă gravă, dacă nu a fost vaccinat. De asemenea este gravă la orice copil debilitat. Gravitatea bolii se datorește intensității spasmului tusei, bronhopneumoniilor secundare, reacțiilor encefalitice. La adulți boala se întîlnește foarte rar. Îmbolnăvirea lasă imunitate solidă și de durată.

b) Incubația durează între 7 zile și 14 zile. În timpul incubației nu apare vreun semn deosebit.

Boala evoluează în 3 faze.

c) Faza de invazie (de debut, catarală) durează 7—10 zile. Începutul este înșelător, asemănîndu-se cu o infecție banală a nasului și gîtului. La început tusea este necaracteristică, dar devine din ce în ce mai frecventă și rebelă la calmantele tusei. În acest stadiu boala este greu de recunoscut. Din păcate, în zilele respective contagiozitatea bolii este cea mai mare.

d) Faza de chinte (de stare, stadiul convulsiv). Tusea devine din ce în ce mai frecventă, spastică, pînă apar accesele caracteristice: copilul tușește sacadat, de 10 pînă la 20 de ori, din ce în ce mai repede pînă ce respirația se oprește în expirație; copilul se roșește și chiar se învinețește; este ceea ce se numește *chintă*. După mai multe sacade de tuse urmează o inspirație profundă, șuierătoare, pe care autorii au asemănat-o cu zbieretul de măgar, cîntecul de cocoș sau cu cotcodăcitul găinilor; etapa inspiratorie poartă numele de *repriză*. Mai multe chinte și mai multe reprize formează un *acces de tuse* (fig. 185). Accesul de tuse este zguduitor, chinuitor, copilul se agită, este roșu la față. Accesul se termină cu o expectorație constituită din secreții și mucozități alburii, vîscoase, lipicioase, de multe ori copilul varsă. Accesele de tuse sînt variabile ca număr; în formele ușoare cîteva, în formele grave de zeci de ori, mai ales noaptea spre dimineața. Apogeul frecvenței este spre a 3-a săptămînă a bolii.



Fig. 185 — Copil cu acces de tuse convulsivă.

În intervalul dintre accese starea copilului este bună. Temperatura este normală; în caz că apare febră, trebuie bănuită o complicație.

Din cauza efortului de tuse copilul lăcrimează, are conjunctivele roșii, pleoapele umflate, iar fața se buhăiește. La copiii la care au apărut incisivii inferiori, se poate produce o ulcerație a frîului limbii, semn caracteristic al bolii. Uneori crizele apar la alimentație, plîns, schimbări de temperatură, fum etc.

e) **Faza de convalescență** (de declin) apare spre a 5-a săptămînă și se caracterizează prin rărirea și atenuarea acceselor de tuse. Totuși în lunile care urmează, cu ocazia infecțiilor banale ale căilor respiratorii, tusea reapare, îmbrăcînd alura convulsivă. Copiii mai nervoși pot tuși în acest fel multă vreme.

f) **Diagnostic.** În caz de crize tipice de tuse diagnosticul este ușor de precizat.

În schimb în formele atipice, ușoare, care survin de obicei la copiii vaccinați, diagnosticul diferențial este dificil. Unele pneumonii virale se confundă adesea cu tusea convulsivă (tuse asemănătoare, prelungită, leucocitoză, limfocitoză). De asemenea, se poate confunda cu mucoviscidoza.

g) **Complicații.** Apar mai ales la sugari, la care boala este foarte gravă. Dacă febra depășește 38,3°C se poate bănui o complicație pulmonară (bronhopneumonie, atelectazii, emfizem mediastinal, diseminarea unei tuberculoze preexistente, bronșiectazie). Se pot ivi hemoragii (epistaxis, hemoptizie, hemoragii ale conjunctivelor, hemoragii cerebrale), toate fiind de origine mecanică. Convulsiile (excepțional de rare) pot fi date de asfixie sau de hemoragii cerebrale; pot apărea de asemenea în cadrul encefalitei. Cea mai frecventă cauză de deces este pneumonia.

h) **Profilaxie.** Tusea convulsivă este o boală cu declarare obligatorie. Izolarea la domiciliu se impune timp de 30 de zile de la începutul chintelor sau 5—6 săptămîni dacă a fost surprinsă din faza de invazie.

Vaccinarea este mijlocul cel mai eficace de profilaxie. La noi în țară vaccinarea antipertusis (A.P.) se face cu vaccin asociat (Di-Te-Per — Difteric-Tetanic-Pertusis). Părinții sînt datori să se prezinte la dispensarul teritorial, atunci cînd se planifică vaccinarea respectivă.

Rareori se întîlnesc incidente și accidente după vaccinare. La copiii la care după prima sau a doua vaccinare cu Di-Te-Per a apărut un simptom neurologic, se va face în viitor bivaccin (Di-Te).

i) **Tratamentul** se face cu antibiotice și cu medicamente liniștitoare ale tusei.

Antibioticele care s-au folosit în tratamentul tusei convulsive sînt eritromicina și ampicilina. Ampicilina este cel mai bine tolerată de sugari, dar este mai puțin eficace decît eritromicina sau rovamicina, care se folosesc, de preferință, în ultimul timp. Durata tratamentului este de minimum 8 zile.

În ceea ce privește medicamentele liniștitoare ale tusei, lista este lungă; din păcate eficacitatea lor este foarte redusă. Se folosesc: Fenobarbital (2—6 centigrame pe zi, după vîrstă); Romerganul — sirop (1—4 lingurițe pe zi, în doze fracționate). Se vor evita supradozările și prescripțiile de medicamente asociate, pentru că pot duce la deprimarea centrilor respiratori, stare de somnolență permanentă. Alimentația va fi formată mai mult din lichide, dar cu valoare nutritivă corespunzătoare. Se vor da mese mai dese; după chintă se va încerca să se dea copilului să mănînce.

j) **Complicațiile** sînt grave și se tratează în spital. Complicațiile pulmonare sînt cele mai frecvente; cele nervoase sînt mult mai rare, dar foarte grave.

Oreionul (parotidita epidemică, infecția urliană)

855. a) **Oreionul** este o boală infecțioasă și contagioasă, produsă de virusul urlian, caracterizată clinic prin inflamația nesupurativă a glandelor salivare și, uneori, a altor țesuturi și organe (pancreas, sistemul nervos, testicule).

De obicei se localizează numai la glandele parotide (de aci se trage și numele de „parotiditǎ"), situate la unghiul mandibular, sub urechi.

b) **Izvorul de infecție** este numai omul bolnav. În general, boala se răspîndește prin salivă și secrețiile nazo-faringiene ce ajung la copil prin nas sau gură, mai rar prin obiecte contaminate.

Un bolnav este contagios din ultimele 2—6 zile de incubație și timp de circa 2 săptămîni după instalarea bolii.

c) **Receptivitate.** Boala este foarte rară la sugar și la copilul mic. Peste vîrsta de 2 ani se întîlnește mai des, avînd maximum de frecvență la școlarii mari și la adulții tineri (12—25 de ani). Copiii care frecventează de timpuriu colectivitățile (grădinița) fac boala între 3 și 7 ani.

Oreionul lasă o *imunitate solidă și durabilă*, reîmbolnăvirile fiind excepționale.

d) **Perioada de incubație** este de 14—21 zile, cu limite extreme de 9—25 de zile.

Începutul bolii este de obicei lent, cu febră mică sau moderată (37^8—38^5°C), oboseală, dureri de cap și scăderea poftei de mîncare; uneori dureri articulare sau musculare.

În formele severe de boală, debutul este uneori brusc, cu febră 39—40°C, vărsături, dureri în gît și în zona glandelor parotide.

e) **În perioada de stare** apare o tumefacție a feței, situată înaintea și dedesubtul urechilor. Tumefacția (umflătura) este localizată la început la o singură parte, apoi apare, de obicei, și la partea opusă. Uneori este nedureroasă, alteori este foarte sensibilă. În timpul masticației și înghițitului, copilul simte o durere vie în gît cu iradiere spre urechi, ceea ce impune o alimentație lichidă sau semisolidă. Boala poate cuprinde și celelalte glande salivare (glandele submaxilare și sublinguală).

Meningita urliană. Rareori (circa 10% din cazuri) copilul se plînge de dureri de cap și varsă, dovezi ale unei iritații meningiene. Din fericire, meningita urliană este, de obicei, fără gravitate și nu lasă urme.

La băieți la pubertate și la tineri (14—25 ani) oreionul poate atinge testiculele *(orhita)* determinînd umflarea, roșirea și o durere penibilă a acestora. Cînd afectează ambele testicule, poate fi urmată de sterilitate. Se recomandă repaus strict la pat, comprese reci locale și aplicarea unui suspensor. Acesta se confecționează dintr-o bucată de carton gros, dreptunghiular, de 15—30 cm, cu o scobitură în V la una din laturile mari și căptușit bine cu vată și apoi cu tifon. Suspensorul se așază pe coapsele bolnavului, iar testiculele sînt sprijinite deasupra, pe suspensor.

Pancreatita apare rar. Copilul varsă, are greață și se plînge de dureri abdominale localizate în etajul superior al abdomenului. Pancreatita evoluează către vindecare totală. Se citează cazuri de diabet zaharat după parotidită.

f) **Diagnosticul** de parotidită epidemică este uneori greu de precizat. Se poate confunda, mai ales la început, cu tumefierea ganglionilor gîtului din cursul infecțiilor faringiene. De aceea, diagnosticul nu poate fi precizat decît de către medic.

g) **Tratament.** Copilul cu oreion se izolează și se tratează la domiciliu. Internarea se face numai în caz de complicații (meningită, orhită). Nu există un tratament care să distrugă virusul. Pentru prevenirea complicațiilor, se recomandă repaus la pat, obligatoriu, pe toată durata bolii.

Dieta se fixează în funcție de febră, de durerile la înghițit și de toleranța digestivă. În forme ce încep cu febră mare și dureri de gît se recomandă lichide în cantități mici și repetate, la temperatura camerei (ceaiuri moderat îndulcite, supe strecurate, sucuri de fructe, zeamă de compot, lapte). Pe lîngă acestea,

în primele 7—10 zile se va menține un regim cu lapte și derivate, vegetale, carne rasol.

Se vor evita mesele prea copioase, *excesul de grăsimi și de dulciuri.*

Din cauza reducerii mișcărilor de masticație și a febrei, în gură se poate dezvolta o candidiază, așa că este bine ca bolnavul să bea cît mai multe lichide și să-și clătească gura de mai multe ori cu ceai de mușețel, cu bicarbonat de sodiu și/sau să se pună în gură picături de glicerină cu stamicină.

Febra și agitația se combat cu: Paracetamol, Aspirină. Împotriva neliniștei se poate administra Diazepam (1—3 comprimate de 0,002 g în 24 de ore) sau sirop de Romergan pentru uz infantil (1—4 lingurițe).

În caz de vărsături, la copiii între 2—5 ani, se pot administra, cu prudență, poțiuni sau supozitoare cu Clordelazin, iar peste 5 ani supozitoare cu Emetiral.

Oreionul durează 5—12 zile. Copilul poate fi adus în colectivitate după 14—21 zile, cînd a dispărut tumefacția.

În marea majoritate a cazurilor, boala se vindecă fără urmări.

Hepatita virală (hepatita epidemică)

856. Hepatita virală este o boală infecțioasă și contagioasă produsă de două (sau, posibil, mai multe) virusuri. Se caracterizează prin îmbolnăvirea ficatului (cu sau fără icter), tulburări generale și digestive.

Se cunosc azi două tipuri:

a) Hepatita virală de tip A (hepatita epidemică, icter epidemic) are o incubație de 15—50 de zile. Sursa de virus este exclusiv omul (bolnav sau purtător sănătos de virus). Modul de transmitere este de contact, pe cale digestivă, prin consum de alimente sau de apă contaminate, mîini murdare. Boala se transmite începînd cu ultima parte a incubației și durează circa 3 săptămîni. Copiii și tinerii sînt foarte receptivi la îmbolnăvire. Boala conferă imunitate specifică la virusul de tip A și nu la virusul de tip B.

b) Hepatita de tip B (hepatita prin ser omolog, heptatia serică, hepatita de seringă hepatita cu antigen HB „Australia") are o incubație de 50—160 de zile. Sursa de virus este omul (purtător sănătos de virus sau bolnav).

Transmiterea bolii se face prin: injecții (intramusculare, subcutanate, interavenoase) efectuate cu ace contaminate; prin transfuzii de sînge, plasmă, seruri, masă eritrocitară, contaminate cu virus. Orice instrument chirurgical (bisturiu, lanțete pentru vaccinat, foarfeci etc.) contaminat cu produse organice provenite de la un bolnav sau purtător de virus B poate transmite boala.

Antigenul HB_s „Australia" se găsește însă și în salivă, laptele mamei, spermă. Așa se explică transmiterea intrafamilială prin contact intim: alăptare, sărut, raport sexual.

Circa 5—15% din bolnavi rămîn purtători de virus pentru o durată mai lungă. La unii bolnavi (chiar cu forme inaparente) evoluția hepatitei poate duce la hepatită cronică (formă „persistentă" sau „agresivă").

c) Semne clinice. Începutul bolii este de obicei lent, cu manifestări generale (somnolență, oboseală, dureri de cap, dureri musculare sau /și articulare), uneori erupții urticariene. Temperatura crește moderat, în jur de 38° C. Constant apar tulburări digestive: grețuri, vărsături, inapetență; la acestea se pot adăuga dureri abdominale și diaree. Curînd urina se închide la culoare, iar materiile fecale se decolorează. Această perioadă, numită *preicterică*, durează de la 3—4 zile pînă la 2 săptămîni. În continuare, pielea și mucoasele

(ochi, conjunctive, gură) se colorează în galben (devin „icterice"). Uneori colorația icterică nu apare deloc. În formele medii icterul durează **2—3 săptămîni și chiar** de luni. Dispariția icterului, normalizarea culorii urinii și dispariția celorlalte semne clinice nu înseamnă vindecare biologică. d) Orice caz de hepatită virală se internează în spital, unde **tratamentul** este fixat de către medici în funcție de forma de boală și de vîrsta copilului.

După externare din spital, copilul va fi dispensarizat la dispensarul policlinic de copii teritorial, unde medicul specialist pediatru indică:

— regimul alimentar corespunzător, adaptat la vîrsta, forma inițială și evoluția ulterioară a bolii (în principiu din alimentația copilului nu trebuie să lipsească zilnic carnea, laptele, brînza de vaci, un ou proaspăt, fructe și zarzavaturi proaspete, dulciuri etc.);

— regimul de viață al copilului (durata zilnică a repausului la orizontal; scutirea de eforturi fizice, educație fizică etc.; dozarea eforturilor intelectuale; organizarea vacanțelor etc.);

— analizele de laborator care se efectuează periodic;

— tratamentul precoce și corect al afecțiunilor intercurente, care pot întîrzia procesul de vindecare hepatică;

— prevenirea „recăderilor";

— fixarea momentului cînd copilul poate fi socotit vindecat (clinic și biologic).

Subaprecierea indicațiilor medicale poate duce la o suferință cronică a ficatului cu agravarea leziunilor, rezultînd o hepatită persistentă sau chiar o ciroză.

e) Profilaxie. Copiii trebuie educați în familie să aibă obiecte de uz personal, să se spele înainte și după utilizarea W.C.-ului; să nu bea din pahare nespălate, să nu folosească tacîmuri murdare.

Orice injecție se va face cu seringi sterilizate prin fierbere, acoperite în apă, timp de 20—30 minute din momentul cînd apa a început să clocotească. Alcoolul sau alte dezinfectante nu distrug virusul hepatitei. Protecția față de hepatita de tip A, a contacților, se face prin injectarea de gammaglobuline în doză de 0,1 ml/kg corp; pentru cei inoculați incidental, doza se mărește la 0,3 ml/kg corp. Gammaglobulinele nu au efect asupra hepatitei de tip B.

Tuberculoza[1]

857. Tuberculoza este provocată de un microb în formă de bastonaș, numit bacilul Koch[2], care poate infecta toate organele corpului, dar cel mai frecvent plămînii. Nu toți copiii infectați cu bacilul Koch se îmbolnăvesc de tuberculoză.

Transmiterea bolii poate avea loc în orice loc de întîlnire apropiată a copiilor cu un adult care elimină prin tuse microbul tuberculozei în mediul înconjurător (lift, coridorul blocului, autobuz, tramvai, tren etc.) Alteori (rar este adevărat) sputa infectată, ajunsă pe obiecte de uz personal sau pe jucării se usucă, iar microbii se pot prinde de părticele de praf, pătrunzînd prin inspirație în plămîn. Cînd copilul este contaminat, microbul străbate

[1] S-a folosit materialul metodologic din broșura cu Ordinul Ministrului Sănătății nr. 31 din 22 ianuarie 1977.

[2] După numele medicului german Robert Koch (1843—1910) descoperitorul acestui microb (1882).

căile respiratorii și produce o mică leziune pulmonară. În acest moment, dacă se face intradermoreacția la tuberculină, aceasta devine „pozitivă". Leziunea pulmonară însoțită de pozitivarea intradermoreacției poartă numele de „infecție primară" sau „primoinfecție". De îndata ce reacția la tuberculină devine pozitivă este prudent să se facă o radiografie pulmonară. De cele mai multe ori primoinfecția tuberculoasă nu este manifestă, nu se însoțește de nici un simptom, trece neobservată. În alte cazuri, copilul face febră (37,5—38—38,5°C) este indispus, tușește, nu are poftă de mîncare, scade în greutate, devine palid.

Nu există o vîrstă de predilecție pentru primoinfecția tuberculoasă. Se produce cînd un organism neatins de infecție sau nevaccinat cu BCG este contaminat prin una din modalitățile enumerate mai sus. Efectul protector al vaccinului este considerabil.

Infecția tuberculoasă la sugar și chiar la copilul mic poate da forme grave. Primoinfecția este inevitabilă. Dacă nu se iau precauțiile necesare (vaccinare BCG, depistare precoce, tratament corespunzător) bacilul Koch produce diseminări întinse în cei doi plămîni și cîteodată meningita tuberculoasă, forme de tuberculoză care pot pune în pericol viața copilului.

Este mai ușor și mai bine să se prevină, decît să se vindece tuberculoza copilului!

A. *P r e v e n i r e a   t u b e r c u l o z e i* se rezumă la cîteva precauțiuni fundamentale:

a) Să se vaccineze cu B.C.G. nou-născutul. Rolul protector al vaccinului B.C.G. intervine la 2 luni după vaccinare.

b) Dacă în familie există bolnavi de tuberculoză, nou-născutul și sugarul vor fi feriți de orice contact cu aceștia: separarea copilului în altă casă; internarea în Leagănul de copii; internarea persoanei bolnave într-un sanatoriu T.B.C. Cel internat în sanatoriu nu va mai reveni în familie decît după „negativarea" sputei.

c) În orice familie în care se naște un copil, persoanele care au suferit în trecut de tuberculoză și sînt „scoase din evidență" vor merge din nou la Dispensarul antituberculos teritorial (județ sau sector) pentru un control riguros.

d) Să nu se piardă din vedere posibilitatea unei contaminări din anturajul oricărui copil. Un vechi bolnav, o rudă apropiată, un vizitator întîmplător sau o persoană în vîrstă cu „bronșită cronică" sînt foarte adesea sursele de îmbolnăvire a copilului. *Examenul radiologic este obligatoriu la orice persoană străină angajată să îngrijească copilul.*

e) *Intradermoreacția la tuberculină* constă în injectarea în piele („intradermic") a unei tuberculine purificate „P.P.D." *(Protein Purified Derivative)*, preparată de Institutul „Dr. I. Cantacuzino" din București.

Intradermoreacția la tuberculină se face în scop diagnostic de către cabinetele de ftiziologie sau de pediatrie:

— în scop diagnostic la copiii care sînt bănuiți că suferă de tuberculoză;

— la contingentele de copii prevăzute în calendarul de vaccinări, pentru selecționarea copiilor ce trebuie revaccinați cu B.C.G.;

— la copiii preșcolari, cu ocazia intrării în colectivități;

— la orice copil în vîrstă de 0—18 ani, dacă în familia respectivă s-a descoperit un caz de tuberculoză;

— în mod periodic, la indicația pediatrului de la dispensarul T.B.C., la copiii care au în familie cazuri de tuberculoză în „evidența" dispensarului antituberculos;

— în cadrul examenului de bilanț al stării de sănătate a copiilor preșcolari și școlari (Ordinul Ministerului Sănătății Nr. 182/1975), cu ocazia admiterii în colectivități preșcolare (1—5 ani), în anul al II-lea de lucru și în cadrul acțiunilor de revaccinare cu B.C.G. în clasele I, a VII-a și în anul al IV-lea de liceu.

B. *I n t e r p r e t a r e a   r e a c ț i e i* se face la 72 de ore, luînd în considerare numai papula (ridicătura) pielii ce se simte la pipăit ca o denivelare față de pielea din jur; se exclud reacțiile eritematoase roșii simple. Se măsoară în milimetri cel mai mare diametru transversal al reacției. Reacția la tuberculină se consideră negativă, cînd are o dimensiune între 0 și 9 mm, inclusiv; cînd diametrul este de 10 sau peste 10 mm, reacția se consideră pozitivă. Reacția pozitivă, dacă nu este datorită unei vaccinări B.C.G., atestată prin prezența cicatricei, traduce o infecție tuberculoasă. Cu excepția virajului tuberculinic, ea nu ne informează asupra vechimii infecției și a gradului de activitate a acesteia.

La copiii preșcolari cu reacții de peste 10 mm, precum și elevii și adolescenții cu reacții de peste 15 mm se va efectua și un examen radiologic pulmonar, dacă nu prezintă cicatrice vaccinală B.C.G. În cazul prezenței cicatricei vaccinale, controlul este indicat în caz de reacție generală febrilă sau reacție locală necrotică, flictenulară sau cu diametrul transversal peste 15 mm la preșcolari și peste 20 mm la elevi și adolescenți.

Părinții sînt datori să cunoască rezultatele testărilor la tuberculină și să execute indicațiile medicale în caz de reacții pozitive.

Controlul radiologic se efectuează prin radiografie la copiii 0—5 ani și prin radiofotografie la elevi și adolescenți. La toți copiii la care intradermoreacția a fost pozitivă se va face obligatoriu un control radiologic. Depistări radiologice ocazionale se fac și în următoarele împrejurări: trimitere în stațiuni balneare; înfiere de copii; admiterea în licee, școli profesionale, de ucenici, școli postliceale, învățămînt superior, încorporare în armată. Examenul radiofotografic ocazional are o valabilitate de 6 luni.

C. *C h i m i o p r o f i l a x i a   t u b e r c u l o a s ă*, adică prevenirea bolii prin administrarea de medicamente, se face la copii și tineri (0—20 ani) contacți cu bolnavi de tuberculoză cu bacili Koch prezenți în spută.

În general se administrează izoniazidă de două ori pe săptămînă, strict supravegheat de către personalul medical sanitar din unități (creșe, grădinițe, școli, întreprinderi) sau de către cadrele dispensarelor medicale urbane și rurale. În cazuri excepționale (copii mici care nu sînt în colectivități), administrarea izoniazidei se face la domiciliu, de către personalul sanitar al Dispensarului de pediatrie sau, cu totul excepțional, de către părinți (localități greu accesibile și fără unități sanitare; perioade de intemperii etc.).

D. *T r a t a m e n t u l* tuberculozei se face standardizat și strict supravegheat de către personalul sanitar.

Primoinfecția tuberculoasă, tratată cu medicamentele actuale, se vindecă sigur, dar vindecarea completă este foarte lentă, în decurs de circa un an. Contrar a aceea ce se întîmplă în alte boli, nu se ajunge la distrugerea microbului, ci la închistarea lui în organism, unde persistă în mod nedefinit; din aceste motive reacția la tuberculină devenită pozitivă rămîne așa pentru toată viața. Bacilii astfel închistați pot fi ținuți la respect toată viața, aproape în toate cazurile. Cîteodată totuși, dacă primoinfecția a fost neglijată sau tratată fără destulă perseverență, boala se retrezește la pubertate, la adolescență sau în perioada de adult. Atunci ea se manifestă prin infiltrate, caverne, expectorație bogată în bacili Koch ce poate contamina orice persoană din jur și îndeosebi pe copii.

Tratamentul se începe, de regulă, în unităţile spitaliceşti (sanatorii etc.), unde copilul sau adolescentul rămîne internat cel puţin 2 luni consecutiv. În cazurile în care medicul ftiziolog hotărăşte ca tratamentul să se efectueze la domiciliu, acesta se va face de către Dispensarul de copii, prin cadrele medii, cu sprijinul conştient al familiei.

Alimentaţia. Copilul va primi un regim alimentar normal, echilibrat. Nu este necesară supraalimentaţia. În perioada de sugar se continuă alimentaţia la sîn. Dacă este înţărcat, se va depăşi perioada de inapetenţă prin mese mici şi repetate cu preparatul de lapte preferat şi tolerat de copil. Introducerea de alimente noi (sucuri, pulpa de fructe rase, supa, pireurile, carnea, gălbenuşul de ou) se face ca şi la sugarul sănătos. Nu se va uita profilaxia rahitismului.

La copilul mai mare se va da un regim alimentar variat, pregătit cu gust, constituit din 3 mese principale şi două gustări cu fructe, lapte sau iaurt. În alimentaţie este bine să fie zilnic: carne, lapte şi derivate (brînzeturi, unt), ouă, fructe şi zarzavaturi.

Regimul de viaţă. În perioada cînd copilul are febră, tuşeşte, este trist, nu simte nevoia de mişcare, se recomandă repaus la pat. De îndată ce febra scade, tusea se răreşte şi copilul recapătă vioiciunea, se indică mai întîi mişcarea în casă şi apoi scoaterea afară, dacă vremea este frumoasă (fără ceaţă, vînt sau ploaie). Se preferă plimbările prin locuri cu vegetaţie bogată. Activitatea normală se reia la indicaţia medicului. După vindecare se vor evita suprasolicitările fizice şi psihice.

Cura sanatorială care constituia pe vremuri tratamentul de bază nu mai este obligatorie. Totuşi viaţa în aer liber, la ţară, sau dacă este posibil, într-o localitate *de munte sau de deal* are o contribuţie însemnată în călirea organismului şi în consolidarea vindecării.

Copiii cu tuberculoză stabilizată (după minimum un an) beneficiază de *cură sanatorială* pe litoral (Eforie, Techirghiol).

Boala diareică acută

Sinonime: diaree acută, enterită acută, enterocolită acută, tulburare digestivă acută. *Definiţie.* Prin diaree acută se înţelege o îmbolnăvire digestivă, care apare brusc, caracterizată prin pierdere de lichide şi scădere în greutate, determinate de: scaune lichide şi numeroase, poftă de mîncare scăzută sau dispărută şi/sau vărsături. Diareea este provocată în majoritatea cazurilor de o infecţie. Ideal este să se caute cauza diareei prin coprocultură; în familie uneori este greu de practicat o astfel de investigaţie de laborator. Diareea survine uşor la copil cînd condiţiile de mediu sînt nefavorabile (fără apă curentă, fără frigider, vase spălate necorespunzător) sau familia, şi îndeosebi mama, nu respectă regulile de igienă corporală (*nu se spală pe mîini!*).

858. Diareea începe în general cu *anorexie* (lipsă de poftă de mîncare), *modificarea comportamentului* (trist sau agitat) şi/sau 1—2 *vărsături*. Curînd apar *scaune „diareice"*, peste 3 în 24 de ore; moi („lichide sau semilichide") de culoare galbenă-verzuie, verde sau maroniu; cu grunji albi de formă neregulată şi mari cît un bob de mei pînă la un bob de mazăre, uneori cu alimente nedigerate. Între grunjuri se observă mucozităţi, fîşii de culoare alburie care dovedesc iritaţia peretelui intestinal. Apariţia sîngelui şi/sau puroiului demonstrează o cauză infecţioasă mai gravă. Alteori scaunele sînt mai apoase, cu resturi mici de materii fecale. *Mirosul* este puturos respingător, de putrefacţie, mai rar de acru. *Eritemul fesier* (vezi punctul 304.) însoţeşte de obicei diareea sugarului şi copilului mic. *Vărsăturile* reprezintă un alt simptom al diareei. În multe cazuri, boala se anunţă cu 1—2 vărsături. Este un semn neobligatoriu, dar important şi de temut. Cînd sînt frecvente şi abundente, alimentarea copilului devine dificilă şi uneori imposibilă, antrenînd pierderi mari de apă şi electroliţi (sodiu şi potasiu) cu repercusiuni grave asupra metabolismului general al organismului. *Colicile* (durerile abdominale) se manifestă prin nelinişte, ţipete, frecarea călcîielor; la copiii mai mari durerile se accentuează înainte şi în timpul eliminării fecalelor. Ei pot avea *tenesme*, care sînt resimţite ca o tensiune dureroasă cu senzaţie de arsuri şi dorinţa continuă de a merge la closet.

În *formele grave*, abdomenul sugarului se umflă, devine destins, „tare" (ca urmare a acumulării de gaze în intestin, formate prin procese patologice de fermentaţie), cu tulburarea tranzitului intestinal (mişcările intestinului devin slabe, ineficiente; muşchii peretelui intestinal „paralizează"). Este ceea ce se numeşte *meteorism abdominal* semn de mare gravitate, ce impune internarea de urgenţă a copilului în spital. *Scăderea în greutate* este un semn obiectiv de mare preţ, demonstrînd în primul rînd *deshidratarea* (pierderea de lichide şi electroliţi) şi mai puţin slăbirea (care apare cînd diareea se prelungeşte). Aprecierea scăderii greutăţii se face prin cîntărirea zilnică. Semne de deshidratare acută gravă ce pot fi sesizate şi de mamă sînt: *uscarea pielii, buzelor şi a mucoasei gurii*; *micţiuni rare* cu urină puţină, *deprimarea fontanelei* („moalele capului"), în formele grave — *persistenţa cutei pielii* („pliului cutanat"), atunci cînd adultul prinde între degetele sale o cută de piele şi ţesut gras de pe abdomenul copilului. *Starea generală.* În formele uşoare se menţine bună. Copilul este vioi, se mişcă şi se joacă, se manifestă faţă de adulţi ca şi mai înainte, primeşte bine lichidele. Nu sînt motive de îngrijorare.

În formele medii intervine o modificare oarecare în comportamentul copilului. Sugarul este mai trist, se mişcă mai puţin, este mai palid, primeşte numai unele lichide (apă, ceai). Copilul mai mare îşi pierde din vioiciune, nu se mai joacă, mănîncă mai puţin şi „pe alese", uneori acuză dureri „de burtă", are greţuri.

În formele grave, sugarul devine somnolent, „zace" tot timpul, faţa este inexpresivă, dispare jocul mimicii la vorbele, zîmbetul şi mîngîierile mamei. Faţa este palidă, apoi palidă-cenuşie, cu „cearcăne" în jurul ochilor (care se „înfundă" în orbite, devin inexpresivi). Refuză să primească vreun aliment, sau varsă la orice tentativă de a-l alimenta.

Febra poate lipsi. De obicei este moderată, în jur de 38°. Este mare atunci cînd diareea a survenit odată cu un „şoc caloric" (vezi punctul 905) sau cînd copilul nu primeşte lichide suficiente („febră de sete"); de obicei febra dispare odată cu rehidratarea. Apariţia de la început şi persistenţa în tot cursul bolii are semnificaţia de infecţie severă. Dacă febra (prin transpiraţie şi respiraţie), vărsăturile şi diareea se menţin, riscurile de deshidratare sînt mai mari.

859. Supravegherea unui copil cu diaree. Dintre regulile de bază amintim:

— Se vor respecta, cel puţin acum, cu rigurozitate *regulile de igienă*; spălarea mîinilor cu apă şi săpun; spălarea vaselor cu apă caldă şi leşie (detergenţi); colectarea separată şi fierberea rufăriei copilului bolnav; curăţenia perfectă în prepararea, păstrarea şi manipularea alimentelor.

— *Mama va nota cu meticulozitate*: *scaunele* (număr, consistenţă, culoare, conţinut); *vărsăturile* (orar, cantitate şi conţinut: culoarea galbenă este dată de bilă, iar cea neagră (în „zaţ de cafea") demonstrează o stare foarte gravă);

lichidele primite în 24 de ore; *temperatura* (termometrizarea se face rectal de 2 ori pe zi, dimineața și după amiaza între orele 16,30—17,30); *modificările în starea generală* a copilului; *greutatea* (prin cîntărire dacă sînt condiții); urmărirea fontanelei (în deshidratare e deprimată) și starea plicii pielii abdomenului.

Succesul tratamentului diareei copilului este în funcție, atît de vîrsta, organismul și forma bolii copilului, cît și de răbdarea, disciplina, fermitatea și convigerea cu care mama instituie dieta copilului! Contrar unei concepții greșite după care bolnavii cu diaree și/sau febră, se țin nemîncați, trebuie întipărit în mintea fiecăruia că *orice copil cu diaree trebuie să primească lichide în cantitate sporită.* Indiferent de vîrsta copilului, el nu trebuie forțat să mănînce. Alimentația cu de-a sila poate declanșa vărsături și refuzul copilului de a primi și alte alimente. Cît de cît, se va ține seama de unele preferințe ale copilului; în etapa dietei hidrice (vezi la tratament), dacă refuză ceaiul îndulcit, se va da apă bună de băut la temperatura camerei; se va prefera ceaiul de plante cu care este obișnuit; apa de orez (decoctul) sau mucilagiul, se vor da îndulcite etc. În caz că bolnavul refuză sau varsă este preferabil să se lase stomacul (și copilul) în repaus de circa 1—3 ore și apoi i se dau lichidele cu lingurița. La sugar și copilul pînă la 3 ani se vor da 1—2 lingurițe din 5 în 5 minute (= într-o oră 60—120 ml), iar la nevoie chiar cu pipeta. În caz că lichidele sînt primite bine, cu sete, la sugar se dau cu biberonul, iar la copilul mai mare cu ceașca în cantitate mai mare, dar tot în porții mici și repetate (20... 50... 75... 100 ml). Cînd copilul primește bine și nu varsă, se crește porția administrată dintr-odată și se lărgesc intervalele pentru a da prilej copilului să se odihnească. Cînd copilul nu are diaree gravă, dar continuă să verse, chiar dacă cere să bea, mama va fi mai fermă și nu-i va da absolut nimic 1—3 ore și apoi se va începe cu 1—2 lingurițe de apă, ceai sau *Gesol,* date din 5 în 5 minute. La „vărsătorii de meserie", se va administra un antivomitiv (clordelazin la copiii mici, Emiteral peste 5 ani și Torecan peste 11 ani), pe care mama să știe să le folosească corect, cu prudență, toate fiind toxice. Tratamentul va fi adaptat la forma de boală; în diaree ușoară dieta hidrică nu va dura mai mult de 3—6 ore și se va trece la alimente cu pectine. Trecerea la alimentația normală se va face în 3—4 zile. La sugari, la copiii cu toleranță digestivă redusă și la cei cu diaree gravă, tratamentul se va face pe etape, încet, cu introducerea alimentului nou în cantități mai mici și progresive.

Este necesară internarea în spital dacă: a) pierderea în greutate este egală sau peste 8% din greutatea corporală; b) au apărut semne de deshidratare: cuta făcută prin prinderea între două degete a pielii de pe burta copilului dispare încet sau persistă, fontanela anterioară este deprimată, ochii sînt încercănați, buzele și limba sînt uscate; c) se instalează semne de gravitate ca: paloare cenușie a feței, lipsă de interes pentru mediul extern, mișcările se reduc, diareea se accentuează, vărsăturile devin frecvente; d) nu sînt condiții de tratament: nu se pot pregăti alimente dietetice (ceai, orez, fiert, morcovi fierți, brînză de vacă etc.); e) mama nu respectă regimul alimentar corespunzător.

Tratament. A. S u g a r. Dacă scaunele sînt moi, relativ rare, grunjoase sau mucogrunjoase: a) se înlocuiește o masă cu ceai sau apă de orez 3% cu 5% zahăr (vezi punctul 726.) b); la sugarul mai mare de 5—6 luni masa de supă se va prepara numai cu morcovi (supă de morcovi), iar mesele de la orele 10 și 16 vor fi de orez pasat cu 5% zahăr și cu brînză de vacă; c) se reduce temporar concentrația laptelui și a zahărului la jumătate în raport cu ceea ce primea sugarul înainte; d) laptele praf se prepară în mucilagiu

de orez 3% cu 5% zahăr; iar laptele de vacă se îndoiește tot cu mucilagiu de orez; e) sugarul mănîncă numai cît dorește, fără să fie forțat. Completările se fac cu ceai îndulcit cu zahăr; f) la sugarul alimentat la sîn se completează cu supă de morcovi sau cu mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr; g) reluarea diversificării (sucuri, pulpa de fructe, pireuri etc.) se va face prudent cu un singur aliment deodată, în cantități mici și progresînd de la o zi la alta.

În caz de diaree fără deshidratare (scaune numeroase, subțiri, semilichide sau lichide, apetitul diminuat sau absent, vărsături) tratamentul se face pe etape, introducînd orice aliment nou cu prudență, în cantități mici și progresive. Dacă se obțin ameliorări rapide, etapele se vor scurta pentru a se trece cît mai repede la alimentația naturală, evitînd astfel înfometarea copilului. Se începe cu *dieta hidrică* (pauza digestivă, dietă de foame). Se oprește întreaga alimentație anterioară și se oferă sugarului apă fiartă și răcită, ceai de plante (anason, chimen, mușețel, tei sau mentă), îndulcit cu 10 lingurițe de zahăr rase la 1 litru sau Gesol[1]. Se începe cu cîte 25—50 ml (5—10 lingurițe) la fiecare 30—60 minute, dacă sugarul primește. Dacă boala nu este gravă sau începe să se amelioreze, sugarul va primi din ce în ce mai bine aceste lichide, în așa fel încît îi putem da mai rar și în cantități mai mari (100—200 ml dintr-odată), însumînd pe 24 de ore 150—200 ml lichide pe fiecare kg greutate corporală. După 6 ore, cel mult 12 ore se începe administrarea de *supă de morcovi* (vezi punctul. 750). Sugarii sub vîrsta de 6 luni vor primi 24 ore supă de morcovi la toate mesele; la cei între 6 luni și 1 an se administrează la 3—4 mese supă de morcovi sau Ceratonia 5% cu 5% zahăr, iar la celelalte 2 mese orez pasat îndulcit cu zahăr. Începînd din a 3-a zi, la sugarii sub 6 luni se înlocuiește treptat supa de morcovi cu cîte 20—25 ml de lapte la fiecare masă, de dorit cu un preparat dietetic (Humana H sau Eledon sau un produs de lapte praf (10% preparat în mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr) sau lapte de vacă îndoit cu mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr). Alimentul nou introdus nu va depăși 180—200 ml în 24 de ore.

La sugarii mai mari de 6 luni, după ziua de pectine (supă de morcovi sau Ceratonia) și de orez, în a 2-a-a 3-a zi se adaugă la cele 2 mese de orez pasat îndulcit, cîte 50—60 g de brînză de vacă; iar din a 4-a zi, la masa de prînz cu supă de morcovi se dă carne fiartă, de pasăre sau de vită (fin tocată și amestecată cu supă). Celelalte 2 mese de supă de morcovi (dimineața și seara), se înlocuiesc treptat (40—60 g pe zi) cu Humana H în diareile grave, iar în cele ușoare (obișnuite), cu lapte praf 13,5% cu 5% zahăr. În decurs de 5—8 zile se ajunge astfel la alimentația corespunzătoare vîrstei.

B. L a c o p i l u l p e s t e 1 a n. Se începe cu dieta hidrică de cîteva ore (apă sau ceai de plante, îndulcit, călduț sau la temperatura camerei). La copiii care nu varsă și apetitul este bun se poate începe direct cu dieta de pectine (morcovi fierți și pasați, Ceratonia sau Arobon 5—10%, mere coapte, în a doua zi se dau 3 mese de pectine și două mese de orez pasat 5% (în diareile ușoare de la început se dau cu brînză de vacă). Din a 3-a zi se poate oferi următoarea alimentație: *dimineața*: ceai îndulcit, pîine albă prăjită, brînză de vaci; *ora 10 și 17*: ca mai sus sau mere coapte (rase) cu pesmet de pîine, cu sau fără brînză de vacă; *prînz și seara*: supă de legume cu morcovi pasați și orez sau griș; fidea cu carne slabă, fiartă, de vacă, de găină sau pui. În zilele următoare se crește cantitatea de carne și de brînză, se adau-

[1] Organizația Mondială a Sănătății recomandă: *GESOL* (G = glucoză; E = electroliți; sol = soluție) care conține: clorură de sodiu 3,5 g, bicarbonat de sodiu 2,5 g, clorură de potasiu 1,5 g, glucoză 20 g. Acest amestec se dizolvă în 1 000 ml apă fiartă și se începe hidratarea copilului. Este un amestec cu efecte excelente în tratamentul diareei. Copiii mai mari, îl primesc mai greu, iar unii îl refuză categoric.

gă tăiței cu unt, pireu de cartofi, 100—200 g de orez cu lapte, iaurt, budinci, ou fiert, partea slabă de la șuncă presată, telemea de vacă, cașcaval.

Medicamente. Nu se dau antibiotice decît la recomandarea medicului. Împotriva febrei se dă aspirină, Paracetamol sau Piramidon (în dozele fixate de medic). Nu se folosesc supozitoarele deoarece pot declanșa emisiunea de materii fecale. Colicile abdominale se combat cu comprese calde stropite cu foarte puțin alcool, culcarea copilului pe burtă sau compresiuni ușoare pe abdomenul copilului, cu mîna urmînd un traseu pornind din dreapta jos a abdomenului, pe sub marginea coastelor și terminînd în flancul stîng jos. Eritemul fesier (opăreala) se combate cu schimbarea la timp a lenjeriei (după micțiune și după fiecare scaun); lăsarea regiunii respective descoperită, în contact cu aerul; pudraj cu pulbere de talc, aplicarea de mixturi, unguente (Jecolan, Jecozin, Nidoflor). Se face baie zilnică, se colectează și se fierb separat rufele, se păstrează riguros regulile de igienă.

Boli ale aparatului respirator

860. **„R ă c e a l a"** Se știe că în anotimpul rece adulții și copiii (dar mai ales aceștia din urmă) fac mai des boli acute ale căilor respiratorii, etichetate drept „răceli". Este greșită părerea că o simplă „răcire" a întregului corp sau/și numai a unor segmente de corp poate provoca îmbolnăvirea. Rolul principal în apariția acestor îmbolnăviri îl joacă diferiți agenți patogeni (mai ales virusuri).

Deși medicina teoretică are o poziție rezervată față de „răceală" ca boală, recunoaște rolul frigului în scăderea rezistenței mucoaselor respiratorii.

Frigul determina o fragilizare și scăderea rezistenței căilor aeriene. S-a putut demonstra că irigarea și capacitatea secretorie a mucoaselor se schimbă în mod reflex prin expunerea la frig, sistemul nervos vegetativ acționînd în mod direct asupra calibrului vaselor de sînge. Pe lîngă paloarea pielii apare brusc o creștere a secrețiilor mucoasei nazale și o îngustare a calibrului bronhiilor. Scăderea irigării cu sînge a mucoaselor respiratorii determină scăderea capacității de apărare, favorizînd apariția infecțiilor (agenții patogeni pot leza mai ușor epiteliul respirator).

Cauzele infecțioase. Cele mai multe infecții respiratorii sînt determinate de virusuri (virusul gripal cu numeroase tipuri, virusul adeno-faringo-conjunctival etc.). Apariția lor este *favorizată* de factori ca: **a)** numărul de persoane ce locuiesc într-o cameră; **b)** microclimatul (aer viciat, aburi, gaze de sobă, fum de țigară) din locuință; **c)** aglomerația din colectivități (creșe etc.); **d)** expunerea copilului la contagiune în locuri aglomerate (magazine) sau mijloace de transport în comun. Astfel infecțiile respiratorii se răspîndesc foarte ușor în familii sau colectivități. Cînd apare o infecție, mulți părinți nu se gîndesc deloc la acești factori, dimpotrivă, acuză de obicei ori „curentul" ori „răceala" de orice natură.

Inflamația mucoaselor respiratorii ocupă primul loc în patologia sugarului. Deși un guturai evoluează de cele mai multe ori favorabil și o tuse nu înseamnă totdeauna că are ca substrat o îmbolnăvire serioasă, trebuie subliniat că aceste două manifestări influențează mult starea generală a copilului. Se va acorda o atenție deosebită infecțiilor banale ale mucoasei respiratorii (care se tratează de cele mai multe ori cu mijloace casnice, simple), cît și numeroaselor lor complicații. Așa-numitele „răceli" au o importanță socială deosebită. Ele deranjează familia atunci cînd copiii se îmbolnăvesc unul după altul. Adesea se îmbolnăvesc și părinții; chiar dacă acest lucru nu se întîmplă, mama

este obligată să stea în [illegible] are repercusiuni la locul de muncă. Uneori nu poate fi evitată internarea în spital. Frații mai mari sînt factori de răspîndire a bolii lor. Ei aduc în familie germenii din grădiniță sau școală. Mucoasa respiratorie reprezintă nu numai poarta de intrare pentru germeni, dar tot de aici, prin strănut, tuse sau în timpul vorbirii, germenii sînt răspîndiți în jur.

861. **R i n o f a r i n g i t a a c u t ă.** Prin rinofaringită se înțelege inflamația mucoasei nasului (din limba greacă: *rhis*, *rhinos* = nas) și a mucoasei faringelui (din limba latină: *pharuna*, *pharungos* = gît). Este boala cea mai frecventă dintre afecțiunile aparatului respirator la sugar. Este provocată, în marea majoritate a cazurilor, de virusuri. Rinofaringita începe cu febră, care poate dura cîteva zile. Apetitul scade, vioiciunea dispare, respirația devine mai frecventă, apare tusea; somnul este agitat. Dacă infecția cuprinde laringele, tusea se accentuează, vocea devine răgușită, respirația greoaie. La început nu se constată secreții nazale, dar copilul respiră cu gura deschisă și suge greu din cauza edemului mucoasei nazale, care determină o micșorare a calibrului căilor nazale. Ulterior pot apare secreții care se scurg pe peretele posterior al faringelui. Faringele copilului este roșu. După 3—4 zile persistă numai guturaiul și tulburările legate de secreția nazală; tusea devine rară și productivă („grasă"). La sugarii eutrofici, evoluția este spre vindecare. Eventualele complicații sînt: faringita bacteriană, traheobronșita, otita sau bronhopneumonia.

Tratament. Primul gest din partea mamei este să combată febra prin mijloacele indicate la punctul 830. În același timp va fi chemat medicul, care va adapta tratamentul în funcție de forma pe care o îmbracă boala la copilul respectiv. La început, în majoritatea cazurilor nu este necesar decît un tratament simptomatic (combaterea febrei, liniștirea copilului, dezobstruarea căilor respiratorii superioare). Instilațiile nazale (picăturile în nas), atît de apreciate de unele mame, nu se vor face decît la indicația strictă a medicului și pe termen de cîteva zile. La sugar nu se folosesc picăturile uleioase. Nici curățirea cu tampoane de vată sau comprese sterile nu se mai recomandă de către mulți medici, deoarece s-a constatat că prin aceste manevre se pot leza și infecta mucoasa nazală. Mai eficiente s-au dovedit picurarea de ser fiziologic simplu și aspirarea secrețiilor cu o pompă sau pară de cauciuc. Este o mare greșeală a părinților de a administra antibiotice din proprie inițiativă. *Alimentația sugarului* cu rinofaringită se va face ținînd seama de cîteva reguli: **a)** dacă apetitul copilului nu s-a schimbat, se va menține alimentația obișnuită (numărul, orarul și conținutul meselor); **b)** dacă sugarul refuză alimentația, nu va fi forțat să mănînce, ci se vor da de multe ori pe zi, cantități mici și repetate de ceai sau de lapte diluat; **c)** se vor da lichide din abundență (ceai, sucuri de fructe sau chiar numai apă simplă); **d)** dacă varsă, se vor administra sedative și se va da alimentația cu prudență și răbdare: mese fracționate, în cantități mici, date cu lingurița sau chiar cu pipeta. Camera în care este ținut bolnavul va avea o temperatură convenabilă în jur de 20°C, constantă în tot cursul zilei și atmosferă umedă.

În cazul în care febra crește și se menține, tusea se accentuează, apetitul dispare și apar unele manifestări alarmante ca: geamăt, respirație greoaie, agitație sau somnolență, vărsături sau diaree etc., va fi consultat de urgență medicul.

862. **A n g i n e l e a c u t e (a m i g d a l i t e l e a c u t e).** *Prin angină* se înțelege infecția sau inflamația acută a gîtului, localizată la amigdale sau predominant la nivelul lor. De aceea, termenul folosit de obicei, atît de medici

cît și de părinți este cel de amigdalită acută. Amigdalele devin roșii și umflate (angină roșie sau eritematoasă) și pot fi acoperite de „puncte albe“ sau de un depozit alburiu mai întins: angină (amigdalită) cu puroi, pultacee (sau „albă“). Amigdalitele sînt produse de virusuri sau de bacterii. Dintre ultimele sînt mai frecvente: streptococul și stafilococul. Unele categorii de streptococ pot determina diferite complicații, dintre care sînt de temut: reumatismul articular acut, boli renale, supurații ale ganglionilor submaxilari. De aceea părinții nu vor trata anginele prin mijloace simple; este vorba de boli serioase care necesită un tratament medical.

a. Angina roșie sau eritematoasă de origine virală se însoțește în general de o iritație difuză a gîtului și traheei, cu tuse și adesea cu răgușeală. Uneori se observă concomitent: roșeața conjuctivelor, mărirea unor ganglioni, dureri musculare.

Anginele provocate de virusuri nu necesită tratament cu antibiotice, ci numai combaterea febrei și a tusei și agitației. Anginele virale apar de obicei la preșcolari și școlari. Debutul bolii este mai puțin brusc, de multe ori cu febră mai mică (37—38°), cu tuse seacă, cu voce voalată sau răgușită. Fundul gîtului (inclusiv amigdalele și peretele posterior) este roșu, cu sau fără depozite de puroi. Ganglionii laterali ai gîtului se măresc puțin, nu sînt dureroși. De multe ori, la copiii mari anginele se însoțesc de dureri de cap, dureri musculare, oboseală, lipsa de poftă de mîncare; uneori, la sugari determină convulsii.

b) Angina roșie bacteriană (amigdalita eritematoasă acută), mai ales cea produsă de streptococ, se însoțește de dureri la înghițit, de mărirea ganglionilor submaxilari, de multe ori de febră și de modificarea stării generale. Uneori se adaugă dureri de cap și tulburări digestive (vărsături, inapetență). Dacă sînt condiții, în caz de angină roșie este necesar să se efectueze o hemogramă și un examen al exsudatului faringian, pentru a se depista germenii care au produs boala.

c) Angina albă (angina pultacee, angina eritematopultacee, amigdalita pultacee) reprezintă un stadiu mai înaintat al unei angine roșii. Se caracterizează prin apariția, pe suprafața amigdalelor, a unor puncte albicioase (exsudat fibrinos). În cazul în care aceste puncte albicioase sînt foarte numeroase, ele se pot uni între ele, acoperind întreaga suprafață a amigdalelor. Această formă este numită amigdalită pseudomembranoasă (cu false membrane). Este produsă de streptococ sau stafilococ și mai rar de alți microbi (pneumococ etc.).

De obicei boala se însoțește de febră mare (39—40°). La început unii copii se plîng de dureri de cap, uneori de dureri abdominale, varsă. În zilele următoare se adaugă dureri în gît, dificultăți de înghițire. Amigdalele sînt umflate *(hipertrofiate)*, uneori cu suprafața neregulată (criptice), roșii, acoperite cu depozite albe. Limba este de cele mai multe ori alburie.

Anginele bacteriene necesită tratament antiinfecțios. În general, tratamentul indicat este următorul: **a)** Repaus în casă și la pat pe toată durata cît copilul are febră și încă 2—3 zile după scăderea febrei. **b)** În perioada cît copilul se simte rău, este febril, se plînge de dureri în gît sau refuză să mănînce, obiectivul principal este să i se dea lichide la temperatura camerei, în cantități mici și repetate: ceaiuri de plante (mușețel, tei, chimen, anason) îndulcite cu zahăr sau cu miere; compoturi; apă simplă; sucuri de fructe, diluate și îndulcite; supe; ciorbe strecurate; lapte, iaurt. Dacă bolnavul acceptă și tolerează: fructe, legume fierte cu puțin unt, piureuri, pîine, biscuiți, budinci. Odată cu scăderea febrei și ameliorarea stării generale se va trece la alimentația normală. **c)** În caz de angine bacteriene (de cele mai multe ori streptococice sau stafilococice), antibioticul de alegere este penicilina, în dozele și durata fixate de medic. În formele grave, la copiii mici, la bolnavii care varsă sau refuză medicamentele pe gură, precum și la copiii ai căror părinți nu au disciplina și talentul de a putea da medicamentele pe gură, se va administra penicilina injectabilă. Penicilina V este eficientă, dacă se administrează în doze corespunzătoare, pe nemîncate, la intervale regulate și scurte, pe toată durata prescrisă de medic. În caz de alergie la penicilină, se va da eritromicină. **d)** Se va combate febra cu: supozitoare (Aminofenazonă L; Paracetamol) sau de preferat cu aspirină (să nu se uite că aspirina se dă cu lapte și după mese). Se dau lichide din abundență. În caz de febră mare se fac împachetări umede care să cuprindă corpul copilului de la umeri pînă la ombilic; **e)** La copiii mai mari se pot da dezinfectante locale ca Faringosept (1—3 comprimate de supt pe zi); **f)** Pentru prevenirea apariției de candidoze (prin antibiotice, reducerea secreției salivare etc.), copiii mai mari se vor clăti în gură de mai multe ori pe zi cu ceai de mușețel cu adaos de bicarbonat de sodiu. În caz că apar zone de muguet, tratamentul va cuprinde, pe lîngă spălături bucale, instilații cu glicerină cu Stamicină. Badijonajul cu albastru de metilen nu se mai recomandă ca tratament al amigdalitelor.

Greșeli. Părinții subapreciază adesea cauzele și complicațiile anginelor acute. Mulți „tratează“ din proprie inițiativă infecțiile gîtului (de multe ori cu Tetraciclină, mai nou cu Biseptol, care nu au nici un efect asupra streptococului hemolitic, infecția de temut a copilului!), alții refuză să facă tratamentul prescris sau, în sfîrșit, de multe ori se întrerupe tratamentul de îndată ce a scăzut febra.

863. Hipertrofia amigdalelor și vegetațiilor adenoide. Amigdalele sînt două formațiuni limfatice, ce se văd în fundul gîtului la toți copiii. Toate elementele limfoide ale gîtului, ca și întreg țesutul limfatic al organismului (ganglionii submandibulari și laterocervicali, axilari, inghinali sau din alte zone profunde ale organismului), se măresc de obicei în cursul unei infecții acute și mai ales dacă infecțiile se repetă sau se prelungesc (devin „cronice“). Anterior, am arătat că cele două amigdale sînt interesate de obicei în anginele acute, folosindu-se curent termenul de amigdalită acută. Pentru infecția amigdalei faringiene și a micilor elemente limfoide din jur se folosește termenul de adenoidită. Hipertrofia lor prin infecție cronică poartă numele de vegetații adenoide (greșit spus și „polipi“).

864. Hipertrofia (mărirea) vegetațiilor adenoide duce la o serie de tulburări. Orice rinofaringită acută se însoțește și de inflamația acută a vegetațiilor adenoide. Febra cauzată de inflamația vegetațiilor este de obicei moderată, $37^6 - 38° - 38^2$, °C, mai crescută dimineața decît seara. Această „febră de tip invers“, descrisă clasic, nu se întîlnește însă în toate cazurile de adenoidită acută. Respirația nazală este zgomotoasă, dificilă, uneori imposibilă din cauza secrețiilor care se acumulează în fosele nazale. Pe lîngă combaterea temperaturii, se recomandă instilații cu soluții care să fluidifice secreția (ser fiziologic) sau să reducă congestia (ser fiziologic efedrinat 0,5—1%). De un real folos sînt aspirațiile secrețiilor cu o pompiță mică, la nevoie cu o pară mică de cauciuc. Curățirea cu tampoane de vată duce adesea la suprainfecții!

Vegetațiile adenoide se pot mări atît de mult, încît pot obstrua comunicația dintre nas și gît, împiedicînd scurgerea secrețiilor. Sugarii prezintă mari dificultăți la supt. Copiii de orice vîrstă respiră mai mult pe gură, zgomotos, sforăind în timpul somnului, vorbesc pe nas. Într-un stadiu mai avansat dorm și respiră numai cu gura deschisă. Copiii prezintă aproape tot timpul guturai, au nasul înfundat; unii dintre aceștia se îmbolnăvesc ușor de

otite, chiar pneumonii. La aceştia, în urma unui consult dintre pediatru şi un specialist în oto-rino-laringologie infantilă, se hotărăşte momentul intervenţiei operatorii. Trebuie precizat însă că operaţia de vegetaţii nu rezolvă pentru totdeauna problema tulburărilor de respiraţie nazală; **a)** de multe ori vegetaţiile adenoide se „refac" (chiar dacă au fost corect operate); **b)** unii copii continuă să respire pe gură pentru că s-au obişnuit aşa; **c)** la alţii există un defect congenital de conformaţie anatomică a nasului, faringelui şi/sau laringelui, care-i împiedică să respire normal; **d)** menţinerea copilului într-un mediu cu potenţial infecţios mare (internări prelungite sau repetate în spital etc.) întreţine catarul nasului şi faringelui; **e)** persistenţa altor cauze ce pot duce la tulburări ale respiraţiei: alergia, sinuzita, amigdalitele, bronşitele etc.; **f)** trebuie să se asigure copilului un mediu înconjurător favorabil: camera bine aerisită, nu supraîncălzită; viaţa în aer liber; evitarea excesului de îmbrăcăminte; gimnastică respiratorie. Pe lîngă acestea, un rol important în profilaxia adenoiditei îl au: alimentaţia corectă şi vitaminizarea susţinută.

Hipertrofia amigdalelor, izolată, în absenţa infecţiei, nu constituie, în afară de rare excepţii, o indicaţie de intervenţie. Extirparea amigdalelor ar fi urmată aproape totdeauna de poluarea microbiană a elementelor limfoide faringiene. Indicaţia de a se face amigdalectomie se stabileşte, nu la dorinţa părinţilor, ci în urma unui consult dintre specialistul otorinolaringolog şi pediatrul care cunosc bine copilul.

865. Otitele. Prin otită medie se înţelege inflamaţia urechii medii. În orice otită există şi tulburări de ventilaţie ale trompei (un canal de comunicare între urechea medie şi faringe ce poartă numele de trompa lui Eustache). La sugari şi copilul mic, cele două trompe sînt largi, scurte şi orizontale, ceea ce favorizează propagarea infecţiei din faringe spre urechea medie. Sugarii stau mai mult culcaţi, aşa că secreţiile stagnează în faringe în zona celor două orificii ce fac legătura cu trompele. Vegetaţiile adenoide întreţin de multe ori o inflamaţie a faringelui şi, secundar, propagarea procesului inflamator, prin trompă, la urechea medie. Terenul unor copii (distrofia, alergia, hipovitaminozele) sau unele boli (scarlatina, rujeola, gripa) favorizează instalarea otitei. Urechea medie participă totdeauna la o rinofaringită acută (microbiană şi mai ales virală), dar nu se manifestă totdeauna prin semne clinice. Infecţiile bacteriene întreţinute de un drenaj insuficient prin trompa lui Eustache sînt cauza unei inflamaţii cu puroi.

Otita medie poate fi catarală (congestivă) şi purulentă. Durerile pot fi variate, de la moderate pînă la foarte violente; de multe ori survin brusc. Sugarul este agitat, adesea ţipă, îşi mişcă mereu capul. Copilul mai mare îşi duce mîna la urechi. Febra nu este totdeauna prezentă. Dacă se apasă zona din jurul urechii şi mai ales „tragus"-ul pavilionului urechii, copilul dă semne de durere, uneori ţipă. Toate aceste semne sînt relative. Diagnosticul este precizat numai de medicul specialist O.R.L. Alteori, confirmarea diagnosticului de otită se face prin supuraţia urechilor (scurgerea puroiului în urma perforării spontane a timpanului).

Tratament. Simpla inflamaţie a timpanului (fără alt simptom) în cadrul unei infecţii a faringelui şi nasului nu necesită vreun tratament special. La un sugar eutrofic, hrănit la sîn, cu un tratament precoce, corect, al rinofaringitei nu se ajunge la otită. În caz de otită manifestă se indică: **a)** *Administrarea de antibiotice fixate de medic în doze mari şi pe o perioadă lungă de circa 10—14 zile.* Tratamentul incomplet (doze mici, durată scurtă, administrare neregulată) duc la cronicizare sau/şi complicaţii. **b)** *Combaterea febrei şi durerii* se face cu aspirină, aminofenazonă L sau Paracetamol în doze fixate de medic, în funcţie de vîrsta copilului. **c)** *Compresele calde şi uscate* (săculeţ

cu sare sau cu mălai cald) au un efect de calmare. **d)** *Administrarea de picături în nas* cu vasoconstrictoare (ser fiziologic efedrinat la sugari şi antepreşcolari, Rinofug la copiii mai mari) şi aspirarea secreţiilor nazale. **e)** *Timpanotomia (paracenteza)*, adică perforarea timpanului cu un bisturiu special se practică în cazurile supraacute cu bombarea timpanului sau în cazurile mai vechi; paracenteza asigură drenajul puroiului în afară, ceea ce contribuie în mare măsură la vindecarea otitei (adesea fără asociere de antibiotice). *Trebuie spus, pentru liniştirea mamelor, că timpanotomia nu duce la surditate.* **f)** *Picăturile ce se pun în urechi* pentru calmarea durerilor (Boramid) pot fi utile, dar fac ulterior dificil examenul urechii de către specialistul O.R.L. **g)** *Îngrijirile generale:* alimentaţia corectă, vitaminizarea, aerul curat, evitarea unei alte infecţii. **h)** În caz de otită medie supurată se practică *spălături auriculare.*

Complicaţii. Otita nediagnosticată la timp sau tratată incorect se poate complica cu otită supurată cronică sau cu mastoidă, care necesită îngrijiri prelungite de specialitate, uneori intervenţie chirurgicală.

866. Laringita acută. Este una din bolile de temut la sugar şi copilul mic şi se tratează în spitale bine dotate. De aceea părinţii sînt datori ca la apariţia unor semne mai alarmante de suferinţă a laringelui să apeleze la medic.

Evoluţia unei laringite este de neprevăzut. Se manifestă prin: *tuse aspră* sau lătrătoare; *voce voalată* sau răguşită, rar stinsă; *cianoză* (învineţire) a feţei; intensitatea, întinderea şi persistenţa cianozei dovedesc gravitatea; *bătăi frecvente ale inimii; agitaţie*, ce poate fi înlocuită ulterior, dacă boala se agravează, cu somnolenţă, toropeală; *tiraj* (depresiunea deasupra sternului, apoi sub coaste, ce apare ritmată de mişcările inspiratorii); *cornaj* (un zgomot ce apare în inspiraţie şi care corespunde trecerii aerului prin conductul îngustat al laringelui).

În evoluţia unei laringite pot surveni agravări neprevăzute.

Tratamentul medical poate aduce o rezolvare rapidă a multor cazuri, dar unele forme supraacute pot ajunge la moarte; numai intubaţia sau traheotomia pot să evite sfîrşitul fatal în astfel de cazuri. *Părinţii trebuie să ştie că inflamaţia laringelui sugarului şi copilului mic (din cauza calibrului îngust şi a predispoziţiei sale de a face uşor un spasm) poate pune în pericol viaţa copilului prin asfixie. Datoria lor este să apeleze de îndată la medic sau în caz de semne alarmante să transporte de urgenţă copilul la o clinică de oto-rino-laringologie sau de pediatrie, dotate cu servicii de terapie intensivă şi reanimare.* Pînă cînd copilul trece în grija medicului, se recomandă următoarele: **a)** *se combate febra copilului cu supozitoare de Aminofenazonă L sau Paracetamol.* **b)** *În jurul gîtului se vor pune comprese calde uscate sau umede (dar stoarse bine) schimbate des, avînd grijă să nu ardă pielea copilului; nu se înmoaie în spirt, deoarece vaporii de alcool, inhalaţi pe nas şi gură, pot duce la intoxicaţia copilului cu alcool; compresele calde au adesea un efect salutar.* **c)** *Camera va fi bine aerisită cu atmosferă nu prea uscată.* Se va deschide fereastra şi copilul va fi dus în faţa ferestrei. Aerul curat, proaspăt, are un efect de netăgăduit; unele laringite acute se ameliorează de îndată ce copiii sînt scoşi afară sau în timpul transportului spre spital. **d)** *Poziţia care uşurează respiraţia copilului* este cu capul ţinut în extensie, sprijinit pe ceafă.

După ce a ajuns la spital, tratamentul cu antibiotice, oxigen, corticoizi în doze mari, intubaţia, perfuzia endovenoasă şi la nevoie traheotomia, fac parte din arsenalul cu care se luptă împotriva formelor grave.

867. Bronhopneumonia este afecţiunea pulmonară specifică perioadei de sugar. Constă dintr-o inflamaţie acută a bronhiilor mici, determinată de virusuri sau de microbi. Boala poate apare dintr-odată, dar de cele mai multe ori este precedată de o rinofaringită acută. Semnele care ne fac să ne gîndim la o bronhopneumonie sînt: a) *febra* mare (38,5—40°); la prematuri şi distrofici poate lipsi; b) *respiraţie* accelerată, greoaie, cu geamăt şi bătăi ale aripilor nasului; în cazurile grave apare cianoza (învineţire în jurul gurii şi nasului); c) *tusea* este frecventă, survine atît ziua cît şi noaptea, este puternică, uscată şi chinuitoare; d) *inapetenţă;* e) *starea generală* este alterată (copilul zace, este palid; cîteodată este somnolent, absent, alteori agitat).

Orice bronhopneumonie necesită un tratament de urgenţă şi intensiv. De aceea, mama va face tot ce este posibil să ajungă la un medic sau la Spitalul de copii teritorial unde se pot acorda îngrijiri corespunzătoare (antibiotice, oxigen, susţinerea funcţiilor vitale ale organismului). Pînă la sosirea medicului sau internarea în spital, mama va lua următoarele măsuri: a) va fixa copilului o poziţie care să-i uşureze respiraţia: cu capul ridicat, uşor dat pe spate şi cu căile respiratorii superioare eliberate de secreţii; b) va fi ţinut într-o cameră bine aerisită, eventual în apropierea ferestrei deschise; c) va administra supozitor de Aminofenazona L; d) va da lichide din belşug (ceai de plante zaharat, apă simplă).

Evoluţia şi prognosticul acestei afecţiuni grave a sugarului s-au îmbunătăţit mult cu posibilităţile actuale de tratament.

868. Bronşita acută, ca şi traheita, însoţeşte sau este consecinţa unei rinofaringite acute. Se întîlneşte la copilul mai mare. Este produsă de virusuri sau microbi, favorizată de poluarea aerului (fum, gaze, substanţe de uz casnic etc.). Starea generală a copilului este în general bună. Febra este moderată. Tusea, la început „seacă", iritativă, devine repede „grasă", productivă. Copiii sub 7 ani nu ştiu să expectoreze, aşa că înghit secreţiile ajunse prin tuse la nivelul faringelui. Tusea este adesea frecventă, chinuitoare, cu senzaţie de jenă şi chiar durere la nivelul sternului. Durează 6—10 zile. Medicul precizează diagnosticul.

Tratamentul este asemănător cu al rinofaringitei. Antibioticele se indică numai în caz de infecţie bacteriană dovedită. Calmantele tusei se recomandă cu prudenţă, pe perioade scurte. Regimul alimentar este normal.

869. Pneumonia. De multe ori pneumonia este complicaţia unei infecţii rinofaringiene acute. Alteori boala se instalează de la început cu toate semnele de pneumonie. Se întîlneşte mai des la copilul preşcolar şi şcolar. Poate fi produsă de bacterii, virusuri, ciuperci etc. *La sugar* începe după un uşor „guturai", cu creşterea rapidă a temperaturii (uneori cu convulsii), vărsături, agitaţie, respiraţie zgomotoasă, rapidă, bătăi frecvente ale inimii, cîteodată cianoză în jurul gurii. Tusea este un simptom constant: la început este uşoară, uscată, apoi devine frecventă, chinuitoare. Survine atît ziua, cît şi noaptea, în cursul somnului. *La copilul mai mare*, pe lîngă semnele de mai sus se întîlnesc: dureri de cap *(cefalee)*, frisoane, junghi toracic, indispoziţie, somnolenţă, delir, spaimă, uneori roşirea obrajilor. Medicul precizează *diagnosticul* prin examenul clinic (auscultaţia şi percuţia toracelui etc.) şi radiografie pulmonară. *Tratamentul* se face în condiţii corespunzătoare în spital. Pînă la internare părinţii vor acorda primele îngrijiri: combaterea febrei (aspirină sau Paracetamol, eventual învelişuri toracice reci), asigurarea nevoilor de lichide, prin cantităţi mici şi repetate, sedative şi calmante ale tusei, aerisirea camerei etc.

870. Alergia respiratorie este legată de reacţia particulară a organismului faţă de o substanţă la care a fost sensibilizat. Termenul de „alergie" înseamnă „altă reacţie". Este vorba de o schimbare a stării de reactivitate a ţesuturilor după contactul organismului cu o substanţă străină. Această schimbare afectează promptitudinea, amploarea şi calitatea reacţiei. Alergia este un mod special de a reacţiona, propriu anumitor indivizi.

Dintre *alergenele cunoscute* pînă acum putem cita: *unele medicamente, microbii, praful de cameră, fulgii, penele păsărilor, scuamele, părul animalelor, unele alimente, polenul florilor şi sporii mucegaiurilor. Subliniem că alergenii atmosferici (polenurile plantelor şi sporii mucegaiurilor) sînt cauzele multor manifestări alergice, mai ales respiratorii, la copii. Apariţia semnelor de alergie depinde de prezenţa sezonieră a polenurilor şi/sau a sporilor de mucegaiuri în anumite climate sau sate. Unii copii fac urticarii sau guturaiuri ori de cîte ori sînt duşi la ţară, unde mucegaiurile gardurilor şi clădirilor vechi sau polenurile plantelor conţin substanţe alergizante. Prin metode moderne se poate determina cantitatea de alergeni atmosferici pentru un anumit mediu sau timp.*

871. Astmul bronşic. Accidentul caracteristic al alergiei respiratorii este *astmul.* În cursul crizei de astm se produce o astupare (obstrucţie) a bronşiilor caracterizată prin trei componente majore: spasmul bronşiilor, edemul mucoasei şi o secreţie exagerată de mucozităţi vîscoase. Obstrucţia bronşică nu este permanentă. Astmul produce o dificultate respiratorie, cu senzaţie de apăsare violentă la nivelul pieptului şi „lipsă de aer". Această dificultate se manifestă îndeosebi în timpul expiraţiei. Respiraţia este zgomotoasă, şuierătoare şi se poate auzi de la distanţă. La auscultaţia plămînilor se percep numeroase raluri sibilante. În criza de astm poate apare cianoza (învineţirea) feţei. Copilul este agitat, speriat. Formele cele mai frecvente de alergie respiratorie la copil sînt însă „bronşitele astmatiforme" care se caracterizează prin: tuse, jenă moderată în respiraţie, catar permanent al nasului, traheei şi bronşiilor, respiraţie zgomotoasă, „răceli" frecvente, trenante.

Tratamentul actual al alergiei respiratorii este desensibilizarea: se determină prin teste cutanate substanţele sau microbii la care copilul este sensibilizat. Apoi se injectează aceste substanţe în doze foarte mici şi progresiv crescînde pentru a obişnui organismul cu ele. Această metodă nu poate fi aplicată la sugar. De obicei, alergia respiratorie, dacă nu este moştenită (atopică) şi dacă nu a apărut prea devreme, are tendinţa de a scădea şi de a dispare odată cu creşterea. Pe lîngă desensibilizare şi alte tratamente moderne (de exemplu, cromoglicatul disodic care influenţează mecanismele alergice) sînt necesare măsuri generale de profilaxie. *Se va controla mediul înconjurător al bolnavului, îndepărtînd unele surse recunoscute ca alergeni cum sînt: praful de cameră, animalele domestice, pernele cu pene, păsările şi animalele împăiate, acvariile, plantele de cameră, unele produse chimice etc.; se vor îndepărta focarele de infecţie (vegetaţii adenoide) ale unor copii. Aceste măsuri, relativ simple, sînt adesea suficiente pentru a suprima manifestările alergice.*

Psihoterapia. Stările conflictuale, din cauza neînţelegerilor familiale şi dificultăţile şcolare au un rol incontestabil în unele manifestări astmatiforme. Scoaterea copilului din mediul familiei se însoţeşte uneori de o remisiune spectaculară a bolii astmatice.

Curele climatice, îndeosebi cele heliomarine aduc ameliorări importante. Efecte favorabile au şi curele în unele zone montane şi submontane cu localităţi însorite, lipsite de curenţi de aer, nepoluate dintre care cităm: Olăneşti, Govora, Călimăneşti etc. Sînt recomandate mai ales în lunile de la sfîrşitul verii, începutul toamnei şi ale iernii înzăpezite.

În ceea ce privește tratamentul curativ obișnuit al stărilor alergice, se va face totdeauna la indicația și sub supravegherea medicului. Părinții au tendința de a trata din proprie inițiativă (miofilin, prednison) episoadele de bronșită astmatiformă sau chiar unele crize mai ușoare de astm. Utilizarea prelungită și/sau supradozarea tuturor medicamentelor ce se folosesc în tratamentul alergiilor se însoțesc de efecte secundare nedorite. Îndeosebi hormonii corticoizii (prednison) se vor folosi cu mult discernămînt.

Boli ale pielii și mucoaselor

Pielea sugarului și copilului mic este deosebit de fragilă și predispusă la infecții și erupții de tot felul. Pentru prevenirea îmbolnăvirilor pielii la sugar se impun o serie de măsuri obligatorii: baie zilnică, lenjerie curată, spălată bine (fiartă, spălată cu săpun, limpezită, călcată cu un fier bine încins) și păstrată într-un dulap separat, curat; evitarea țesăturilor aspre sau din material sintetic; schimbarea la timp a scutecelor; tratamentul corect al diareilor etc.

872. **Infecțiile pielii** sînt frecvente la nou-născuți și sugari. Sînt produse îndeosebi de stafilococi și streptococi. În afară de cîteva leziuni tipice (erizipel, furuncule) aspectul clinic nu permite totdeauna un diagnostic cauzal. Ideal ar fi să se recolteze produsul patologic respectiv (puroi, lichid din vezicule, scuame) pentru a se depista germenul care a produs boala și prin antibiogramă să se stabilească un tratament cu antibiotice local și/sau general, dirijat.

Infecțiile pielii sînt favorizate de mulți factori, dintre care amintim: **a)** infecțiile pielii și îndeosebi ale sînilor mamei; **b)** lipsa de igienă a mamei: nu se spală pe mîini înainte și după fiecare manevră de îngrijire a nou-născutului sau sugarului; nu-și spală sînii; nu face baie generală (duș) zilnic; poartă lenjerie murdară; **c)** nu se fierbe lenjeria copilului; **d)** contactul nou-născutului sau sugarului (în spital sau acasă) cu alți copii cu infecții ale pielii; **e)** cînd a apărut o colecție mică sau mare de puroi (folicul, abces, furuncul), se stoarce în loc să fie evacuat puroiul prin înțepare sau incizie (tăiere cu bisturiul); stoarcerea duce la pătrunderea microbilor în țesuturile din jur, în profunzime și chiar în sînge; **f)** în loc să se facă baie și „toaleta" leziunilor produse de infecție, se preferă aplicarea de tot felul de unguente sau de soluții; **g)** utilizarea de detergenți sau de săpunuri ce conțin sodă în cantitate prea mare, ceea ce duce la lezarea și infecția consecutivă a pielii; **h)** leziunile produse prin scărpinarea în caz de boli pruriginoase (care produc senzația de mîncărime); **i)** nou-născuții și sugarii handicapați biologic (prematuri, distrofici, diabetici, boli prelungite, imobilizare prelungită din cauza unor boli cronice sau aparate gipsate) sau sociali (copii nedoriți sau cu mame care refuză să aplice indicațiile medicului sau ale sorei de ocrotire), se îmbolnăvesc frecvent de infecții ale pielii: **j)** obiceiul de a nu se face baie copilului din teama de a nu „răci"; **k)** transpirația abundentă a sugarilor îmbrăcați prea gros sau ținuți în camere prea încălzite.

Gravitatea infecțiilor pielii este dependentă de puterea de rezistență a copilului (nou-născuți, convalescenți după unele boli grave etc.), de virulența microbilor, de momentul începerii tratamentului, de gradul de conștiinciozitate al mamei.

873. **Piodermitele.** Piodermitele sînt boli de piele produse de unii microbi denumiți piogeni (deoarece pot produce puroi). Acești microbi sînt: stafilococul și streptococul.

874. **Foliculita.** Cea mai mică leziune provocată de stafilococ este pustula stafilococică. La început se observă un mic punct roșu situat în jurul unui fir de păr. În curînd, în mijlocul acestui punct roșu apare o veziculă galbenă, de dimensiunile unei gămălii de ac pînă la cele ale bobului de linte. În acest stadiu leziunea este denumită foliculită, deoarece se găsește în jurul unui folicul pilos[1]). În ea se găsește puroi care poate fi pus în evidență prin înțepare. Foliculitele sînt leziuni foarte frecvente și în general fără gravitate. Tratamentul este totdeauna local. După ce se dezinfectează cu un tampon îmbibat cu alcool iodat 1%, se înțeapă colecția purulentă cu un ac sterilizat (prin fierbere timp de 20 de minute), se evacuează puroiul prin lărgirea orificiului cu ajutorul acului, se tamponează din nou cu alcool iodat și eventual se aplică pudră de saprosan sau un unguent dezinfectant (Saprosan) sau cu antibiotice (Kanamicină). Se face baie generală zilnic, se fierbe lenjeria și se păstrează o curățenie riguroasă.

875. **Abcese.** De obicei sînt secundare elementelor de foliculită. Din superficiale și de dimensiuni mici, ridicăturile roșii sau pustulele devin mai mari și pătrund în profunzime, sub piele. Se simt ca niște nodozități, dure, puțin dureroase, bine delimitate. Se localizează de obicei în regiunea cefei și pe fese. În momentul cînd aceste formațiuni de sub piele devin fluctuente, mai moi („s-a colectat puroiul"), trebuie incizate. Puroiul care se scurge conține stafilococi. De aceea, se dezinfectează bine zona respectivă înainte și după incizie, se fac băi dezinfectante și se schimbă lenjeria. Un tratament cu antibiotice pe cale generală (penicilină, oxacilină sau eritromicină) grăbește vindecarea și evită complicațiile. Abcesele pot să se formeze adînc în țesutul grăsos al pielii după injecții efectuate cu ace sau seringi care nu au fost bine sterilizate („injectită").

876. **Furuncule.** Pătrunderea stafilococilor în profunzimea pielii (derm) determină o serie întreagă de modificări, prin invadarea și distrugerea țesuturilor pe o zonă mai mare, inflamația cuprinzînd mai mulți foliculi sebacei. Această leziune poartă numele de furuncul. Pot fi unice sau mai multe (furunculoza); de obicei sînt grupate. Furunculul se prezintă ca o ridicătură de culoare roșie-vie, cu dimensiuni pînă la cele ale unei nuci. La început, furunculul are o consistență tare și este dureros. În mijlocul său este situat un fir de păr și o pustulă cu puroi. Ulterior se poate ulcera și apare în centru o masă galbenă care se scurge în afară (popular „țîțîna" furunculului). Pe pielea capului, pe ceafă și/sau gît stafilococul poate da forme clinice diferite: pustule, foliculită, abcese și/sau furuncule. Tot stafilococul mai poate da naștere la flegmoane care sînt infecții profunde, difuze (prost delimitate).

Tratament. Este necesară o igienă riguroasă a pielii prin spălare cu apă călduță și săpun; zonele din jurul furunculelor se curăță și se dezinfectează cu alcool iodat 1%. La începutul bolii se aplică comprese locale cu apă sau soluție de Rivanol 1‰, schimbate de mai multe ori pe zi. Cînd apare însă fluctuența (furunculul devine moale), se face o incizie cu bisturiul și se drenează tot puroiul. Se aplică un pansament steril, care se schimbă zilnic pînă la vindecarea plăgii. După incizie, se pot aplica antibiotice cu acțiune asupra stafilococilor sau simple soluții dezinfectante (Rivanol). Majoritatea medicilor preferă un simplu pansament steril. La nou-născuți și sugari, în caz de furunculoză, se impune un tratament general cu antibiotice.

877. **Intertrigo.** Sub acest nume se grupează leziunile lineare ale cutelor (pliurilor) pielii. De obicei este vorba de o infecție cu streptococ sau

[1] Folliculus (lat.—săculeț). Folliculul pilos este sacul situat în epiderm și derm, în care sînt cufundate: rădăcina părului, o glandă sebacee și mușchiul erector al părului.

stafilococ. De cele mai multe ori se localizează după pavilioanele urechii („retroauricular"), unde pe un fond de piele roșie se formează un șanț murdar, sîngerînd sau/și acoperit de cruste. Intertrigo-ul localizat la pliul de la rădăcina coapsei face parte, de obicei, din ansamblul de leziuni apărut în cadrul eritemului fesier. În sfîrșit, leziunile de intertrigo se întîlnesc în regiunea gîtului, la cutele formate de pielea sugarilor grași. Pentru prevenirea formării de intertrigo se recomandă ca după baia zilnică să se îndepărteze, prin tamponament, toată umezeala și să nu se aplice pulberi ce fermentează (amidon). După ce a apărut un intertrigo nu se vor aplica pomezi. Se preferă dezinfecția cu alcool, cu soluție de eozină, pulbere de Saprosan. În caz de infestare micotică (Candida) pulberile sau suspensiile cu Stamicină au efect favorabil.

878. **Perleșa sau zăbăluța**, este o infecție streptococică situată la colțurile (comisurile) gurii, de cele mai multe ori de ambele părți. Este o leziune care cuprinde atît pielea cît și mucoasa buzelor și gurii. Pe un fond roșu-viu și dureros se constată mai multe crăpături mici și cruste gălbui. Dacă dezinfecția simplă și aplicațiile de pomade cu cortizon și antibiotice nu dau rezultate, se apelează la atingeri cu un creion de nitrat de argint.

879. **Impetigo (bubele dulci)** este cea mai frecventă infecție a pielii la copilul preșcolar. Este foarte contagioasă și se răspîndește repede în colectivitățile de copii, declanșînd adevărate epidemii. Prin autoinoculare, are tendința să se generalizeze. Este produsă de streptococ, adesea însă este suprainfectată cu stafilococ. La început apare o veziculă (bășică) mică, înconjurată de o areolă roșie. Rapid, veziculele se înmulțesc. Conținutul veziculei, mai întîi clar și transparent, se tulbură în cîteva ore. O parte din veziculele cu puroi se rup și lichidul se întărește, formînd cruste galbene. Crustele sînt ovale, murdare, cu o culoare asemănătoare cu mierea („melicerice"); elementele se grupează pentru a forma placarde aderente; dacă se încearcă să fie ridicate, apare o zonă sîngerîndă sau o eroziune limitată la epidermă, roză-murdară. Leziunile se localizează de obicei pe față, mai ales pe buza superioară, obraji, bărbie, pielea acoperită de păr, pliurile de la pavilioanele urechilor. Dacă nu sînt tratate, bubele dulci se întind și în alte regiuni prin mîinile copiilor sau prin lenjeria nespălată. Impetigo poate apare în urma unei suprainfecții streptococice în toate bolile de piele pruriginoase (care se însoțesc de mîncărime). Este vorba de „impetignizare". Toate cauzele de iritație a pielii: purecii și păduchii, riia (impetigo interdigital), eczema (impetigo al feței), prurigo strofulos (localizat pe pielea trunchiului și membrelor) pot fi la originea leziunilor de impetigo.

Tratament. Peste zonele cu cruste se aplică comprese înmuiate în soluție de Rivanol 1‰ sau în infuzie de mușețel. După căderea crustelor se pot face atingeri cu alcool iodat 1% sau soluție de violet de gențiana 1%. Dacă crustele nu se refac, se poate aplica sulfatiazol-pulbere în strat foarte subțire sau o pomadă cu cortizon și antibiotice (kanamicină, neomicină). Se recomandă antibiotice care acționează atît împotriva streptococilor cît și a stafilococilor. Fiind o boală foarte contagioasă, copiii cu bube dulci nu vor fi primiți în colectivitate.

880. **Micoze.** Sub acest termen sînt grupate bolile produse de ciuperci. Cele mai frecvente localizări sînt: mucoasa bucală, pielea, aparatul respirator, tubul digestiv. Contagiunea se face de la copil la copil, prin lenjerie, prin tetină, de pe pămînt, prin plante sau animale. Utilizarea antibioticelor perturbează flora bacteriană intestinală și micșorează reacțiile organismului. Micozele sînt provocate de ciuperci microscopice, de obicei

saprofite ale pielii sau ale mucoaselor, devenite secundar patogene (îndeosebi speciile din genul Candida).

881. **Infecțiile cu Candida albicans (candidiaza cutaneo-mucoasă).** Manifestările patologice datorite ciupercii *Candida albicans* sînt cunoscute de multă vreme. În ultimul timp au devenit și mai actuale datorită, pe de o parte, creșterii neobișnuite a frecvenței îmbolnăvirilor și pe de altă parte, prin utilizarea excesivă a antibioticelor. Dezvoltarea bolii micotice este favorizată însă și de alți factori: vîrsta mică (nou-născuți și sugari), handicapul biologic (prematuritate, distrofie), boli febrile prelungite, tratamente cu cortizon etc.

Localizările cu Candida la copil și sugar sînt de două tipuri: **a)** localizările superficiale, care se explică printr-o simplă progresiune din aproape în aproape a infectării și care ating: limba, gura, faringele, tubul digestiv și aparatul respirator; **b)** localizări profunde, legate de o diseminare septicemică a ciupercii, care pot interesa diferite organe interne (excepțional de rare).

Stomatita albicantă (muguet-ul, mărgăritărelul) este micoza cea mai frecvent întîlnită în pediatrie. Se caracterizează printr-o roșeață generalizată a mucoasei gurii și prin pete alburii mai mult sau mai puțin confluente. Cîteodată se însoțește de dificultăți de supt, lipsă de poftă de mîncare, agitație. La nou-născuți și sugari tratamentul constă în spălături bucale cu o soluție de bicarbonat de sodiu și instilații cu o suspensie de Stamicină. Mama își va spăla bine sînii și-i va badijona cu suspensie de Stamicină. Lenjeria (mamei și copilului) și tetinele se fierb. Glicerina boraxată folosită pînă acum s-a dovedit toxică.

882. **Manifestări alergice la nivelul pielii. a) Urticaria.** Este o boală de piele ce apare după vîrsta de 3 ani sub formă de plăci urticariene (urzicătură), care produc mîncărimi penibile. Unii copii fac urticarie ori de cîte ori sînt duși la țară (polenuri, ciuperci microscopice ale plantelor sau animalelor); în anumite case, mai ales în zidurile caselor vechi, s-au dezvoltat un grup de paraziți din genul acarienilor, care sînt responsabili de o mulțime de reacții alergice cutanate și/sau respiratorii. Urticaria poate fi provocată de unele alimente vechi, alterate: ouă, prăjituri cu frișcă etc. În sfîrșit, unii copii fac urticarie („sînt alergici") la un anumit aliment: albușul de ou, carnea, ciocolata, grăsimile. Mai rar produc urticarii unele făinoase, fructe (căpșunile) sau legume etc. De la introducerea detergenților și a altor substanțe de uz casnic în gospodărie, a tot felul de conservante în alimente, a materialelor plastice în îmbrăcăminte, reacțiile alergice cutanate și respectiv urticaria au crescut foarte mult. Unele medicamente sînt și ele responsabile în apariția unor reacții de tip alergic cutanat. Înțepăturile de insecte pot declanșa reacții alergice locale sau generale.

Clinic, erupția se caracterizează prin elemente localizate pe membre, pe trunchi, pe spate sau generalizate. Adesea pruritul (mîncărimea) precede erupția. Aceasta apare sub forma unor placarde proeminente, rotunde sau ovalare, de dimensiuni variabile, palide, sau roze, mărginite de o zonă roșie ce poate fi lată de cîțiva centimetri. Toată această erupție apare și dispare în cîteva ore sau zile fără să lase urme. Evoluează în puseuri succesive și recidivează adeseori.

b) Edemul Quincke este o manifestare urticariană, caracterizată printr-o umflătură de dimensiuni variabile. Pielea ce o acoperă are o culoare normală. Umflătura este moale, gelatinoasă, lucioasă, sub tensiune. Cuprinde de obicei fața, buzele, pleoapele și organele genitale. Cînd se localizează pe mucoa-

sele limbii, vălului palatin și/sau esofagului apar tulburări de vorbire, de înghițire; cînd cuprinde glota și laringele poate surveni sufocarea.

Tratament. În primul rînd se caută să se înlăture cauza declanșantă (aliment, medicament etc.). Local se aplică soluții, mixturi sau pomezi care să liniștească senzația de mîncărime și să reducă umflăturile. Pe cale generală se administrează substanțe antihistaminice (Romergan, Feniramin pe gură). În cazuri grave (placarde eruptive generalizate, amenințarea respirației) se administrează preparate pe bază de cortizon (injectabile la început, ulterior pe gură).

c) Prurigo simplu sau strofulus. În primii ani de viață urticaria adevărată este excepțională, din contră prurigo este frecvent. Se observă îndeosebi între 6 luni și 5 ani. Leziunea elementară este la început o pată roșie, în mijlocul căreia se formează o ridicătură cu o veziculă mică alburie, ce conține un lichid seros. La pipăit, papulovezicula este tare. Vezicula este înlocuită curînd de o crustă cenușie; dacă această crustă este smulsă, apare o mică gropiță. Elementele durează 6—10 zile. De cele mai multe ori apar pe fața de extensie (posterioară) a antebrațelor și gambelor, mai rar se întîlnesc pe trunchi și foarte rar pe față. Din cauza mîncărimii, copilul devine agitat, are tulburări de somn, uneori refuză să mănînce. Evoluția este în puseuri. Recidivele sînt frecvente, însoțite efteodată de tulburări digestive. Poate reveni la intervale de săptămîni sau luni. Diagnosticul este ușor. Confuzia se poate face între un prurigo vezicular și varicelă. Prurigo nu se localizează pe pielea capului acoperită de păr și pe mucoase; elementele de varicelă sînt mai mari și mai puțin dure la pipăit. Cauzele care produc erupția de prurigo-strofulus sînt foarte discutate. Cele afirmate mai sus la urticarie sînt valabile și în acest caz. Pe lingă cauzele externe, terenul constituțional al copilului joacă un oarecare rol. Prurigo ar corespunde unei reactivități particulare a organismului la diverse agresiuni (alimente, substanțe chimice, polenuri, veninul provenit din înțepăturile de insecte, diferiți paraziți microscopici). Ca tratament se recomandă aplicații locale de mixturi calmante și sedative administrate pe cale generală. Se îndepărtează alimentul care se suspectează a fi nociv.

Convulsiile

883. Termenul de *convulsie* se trage din latinescul *convellere* = a smulge, a desrădăcina, a scoate. În forma tipică, criza începe brusc, fără țipăt, cu pierderea conștienței, cu plafonarea globilor oculari (ochii sînt de obicei răsturnați în sus, pupilele ascunse sub pleoapa de sus) cu înțepenirea corpului, mișcări ale extremităților, paloarea și uneori cianoza (învinețirea) feței. Convulsiile pot să fie tonice (gr. *tonikos* = care se întinde), clonice (gr. *klonos* = agitație) sau, cel mai adesea, tonico-clonice. Convulsiile se definesc clinic prin: pierderea conștienței, mișcări involuntare, cu alternare de contracții și decontracții rapide ale mușchilor membrelor, trunchiului și ale feței. Se întîlnesc multe forme atipice, manifestate foarte variat: crize pur tonice; crize pur clonice; crize incomplete, localizate la o singură parte a corpului; simplă înțepenire a unui segment; secuse (lat. *succussus* = zguduire) ale degetelor miinilor și ochilor etc.

Frecvență. Crizele convulsive sau echivalențele lor apar cel mai frecvent la sugar și în prima copilărie. Nu toți copiii care prezintă convulsii devin sau sînt epileptici.

Cauze: — Convulsiile prin leziuni organice acute sau cronice ale sistemului nervos. Astfel de leziuni reprezintă urmarea suferinței sistemului nervos la naștere (travaliu prelungit, prezentații anormale, diverse tipuri de hemoragii la naștere) sau însoțesc evoluția encefalitelor acute, meningitelor, edemul cerebral, abcesul cerebral, encefalopatiile cronice.

— Convulsiile de origine „metabolică" sînt cele care se pot întîlni în caz de: hipocalcemie, hipoglicemie, tulburări electrolitice consecutive deshidratărilor, diferite intoxicații. Dintre acestea cele mai frecvente sînt crizele prin hipoglicemie. Hipoglicemiile se întîlnesc la prematuri, la unii nou-născuți cu greutate mică. Cînd în cursul unei pierderi de lichide (vărsături, diaree, insolație, supraîncălzire) apar convulsii, înseamnă că au intervenit tulburări grave (deshidratare gravă, acidoză, colaps, eventual hipernatremie) și bolnavul necesită un tratament intens, prin perfuzii intravenoase.

— Diferite intoxicații pot genera convulsii: insecticidele din grupul substanțelor organofosforate — așa zisul „verde de Paris", petrolul lampant; anilina din unele tuburi de culori sau din unele substanțe pentru întreținerea încălțămintei; soluțiile pe bază de alcool sau esențe pentru curățirea petelor; naftalina, deodorizante pentru W.C. etc.; medicamente (supozitoarele „Acalor", care conțin și cofeină) Nicetamid, Aspirina etc.

884. Convulsiile febrile. Odată cu creșterea febrei se poate instala brusc o stare de contractură a mușchilor, însoțită de mișcări dezordonate („clonii") ale membrelor și feței. Apare mai des la sugar și la copilul între 1 an și 3 ani, cu prilejul îmbolnăvirii de orice boală febrilă. Copilul care a prezentat cîndva convulsii febrile face mai ușor convulsii la o nouă infecție. Dacă nu există un substrat organic patologic, tendința la convulsii febrile dispare după vîrsta de 4 ani. Prin manifestările sale impresionante (copilul „dă ochii peste cap", se „înțepenește", își pierde conștiența), convulsia febrilă alarmează pe cei din jur; de cele mai multe ori însă trece fără nici o consecință severă. De multe ori, după cîteva secunde sau minute convulsiile cedează, sînt urmate de transpirații și copilul adoarme liniștit. Acest somn trebuie respectat. Convulsiile febrile nu trebuie puse pe aceeași treaptă cu crizele de epilepsie. Într-adevăr, copiii care au prezentat o dată sau de două ori scurte crize de convulsii febrile, în marea lor majoritate rămîn fără urmări. Numai un număr restrîns de copii prezintă o tendință marcată la manifestări convulsive ulterioare. În caz de convulsii, mama și anturajul își vor păstra stăpînirea de sine și vor lua următoarele măsuri: **a)** se vor pune 1—2 supozitoare de Aminofenazonă L, care coboară febra și combate convulsiile; **b)** se vor face fricțiuni cu apă călduță sau împachetări cu un scutec înmuiat în apă de la robinet; **c)** în cazul cînd convulsiile nu încetează, se va face o baie călduță prelungită. Concomitent se anunță Salvarea (061) sau medicul și se transportă copilul de urgență la spitalul de copii cel mai apropiat. La spital, pe lîngă tratamente și supraveghere corespunzătoare, se vor face investigații care pot depista cauza sau substratul predispoziției la convulsii. Convulsiile prelungite sau care nu apar la începutul bolii, ci în evoluția ei ulterioară, au o altă semnificație de gravitate decît convulsiile febrile simple.

Dacă un copil a prezentat în trecut convulsii, mama este datoare să aplice cu conștiinciozitate tratamentul recomandat de medic.

885. Boala spasmelor în flexie sau hipsaritmia este o formă gravă de comițialitate, care survine la sugar. Crizele constau în flexia anterioară a întregii părți superioare a corpului (cap și trunchi), de durată scurtă (1—3 secunde), repetată de mai multe ori pe zi. Se însoțesc de o scurtă pierdere a conștienței, dificil de apreciat la această vîrstă. Se asociază cu o regresiune psihică importantă. Aspectul electroencefalografic

este foarte caracteristic: „hipsaritmie majoră". Este o formă gravă de convulsii ce necesită tratamente prelungite.

Prognosticul convulsiilor poate fi formulat numai de către medic, în funcție de cauza, durata și frecvența convulsiilor. În orice caz, convulsia demonstrează o suferință gravă a organismului și orice mamă este obligată să anunțe dispensarul de copii apropiat sau să ducă de urgență copilul la spital.

886. **Tratament.** Supravegherea unui copil cu convulsii va fi foarte atentă. Se va nota ora la care a început convulsia și durata ei. Se va lupta împotriva astupării bronhiilor, așezînd copilul culcat pe spate sau pe o parte (cu capul răsturnat pe spate și situat mai jos decît trunchiul) și se vor aspira secrețiile cu o sondă moale introdusă pe nări, deoarece gura este de obicei închisă, maxilarele încleștate. La sugarul mare, care are dinți, pentru evitarea mușcării limbii, arcadele dentare se vor ține îndepărtate cu o linguriță înfășurată cu mai multe straturi de tifon. Dacă sugarul este febril, i se va pune un supozitor pentru combaterea febrei (Paracetamol, Aminofenazonă L) și, eventual, i se va face o împachetare. La copilul mare se pot pune dintr-odată 2—3 supozitoare. Dacă toate acestea au fost ineficace, pînă la venirea mașinii Salvării se va face baie călduță prelungită. Orice copil cu convulsii va fi dus la spital.

Toți copiii care au prezentat convulsii se trec în evidență specială la dispensarul de copii și sînt tratați de către cabinetul de neuropsihiatrie al policlinicii. Tratamentele de durată, dintre crize, instituite de medic vor fi respectate riguros de către părinți.

Accidente și intoxicații

887. **Arsurile provocate de substanțe chimice** pot fi periculoase și chiar pot primejdui viața copilului. De obicei sînt datorite neatenției adulților și subaprecierii îndemînării copiilor. Substanțele chimice necesare în gospodărie trebuie ținute sub cheie. *Substanțele acide* (de exemplu esența de oțet) acționează direct pe piele și mucoase (colțul gurii, limba, cerul gurii, faringele) care iau un aspect albicios. Se poate da copilului să bea lapte. În cazul înghițirii unei *substanțe bazice* (leșie, sodă caustică) se dă copilului să bea oțet diluat sau zeamă de lămîie.

Aceste măsuri au un rost numai dacă se iau imediat după ce substanța a fost înghițită, mai tîrziu nu mai au nici un efect. Nu se recomandă provocarea vărsăturilor. Copiii cu arsuri provocate de substanțe chimice trebuie transportați fără întîrziere la spital.

888. **Arsurile și opăririle** sînt cauzele majorității accidentelor pînă la vîrsta de 3 ani. De aceea copiii trebuie foarte bine supravegheați cînd sînt în bucătărie sau în spălătorie. Vasele conținînd *lichide fierbinți* trebuie plasate în așa fel încît copiii să nu ajungă la ele. Sînt tipice accidentele întîmplate cu copiii care nu se țin încă bine pe picioare și care caută un sprijin apucîndu-se de fața de masă, pe care o trag, răsturnînd tot ce se află pe ea. Cablurile electrice cu defecțiuni (fier de călcat), cablurile de legătură puse în prize, prizele neacoperite pot provoca arsuri grave, prin *electrocutare*. Perna electrică poate provoca arsuri. Caloriferele încinse, sobele, ușile sobelor trebuie prevăzute cu dispozitive de protecție. Opărirea gurii, limbii, gîtului, poate fi provocată de conținutul prea fierbinte al biberonului. Nu se va face duș copilului cu apă fierbinte necontrolată și nici nu se va scufunda copilul într-o cadă care se umple întîi de la robinetul cu apă caldă.

Arsurile și opăririle de gradul întîi (numai înroșirea pielii) se spală timp mai îndelungat cu apă rece, pentru alinarea durerilor; la copiii mai mari se aplică alcool și apoi comprese sterile. La arsuri de gradul al 2-lea (formare de vezicule) și al 3-lea (pierdere de substanță, sfacelare și carbonizare) se acoperă locul arsurii cu pînză curată, copilul este învelit într-o pătură și transportat de urgență la spital. În caz de opărire, nu se va încerca niciodată să se scoată îmbrăcămintea aburindă, fumegîndă, ci se va turna peste copil și haine apă rece din abundență. După aceea copilul este înfășat într-un cearșaf curat și transportat de urgență la spital. Nu se aplică din proprie inițiativă pansamente, comprese cu ulei, unguente, făină, pudre, urină (!). În timpul transportului, copilul trebuie ținut la căldură, bine învelit, cu sticle cu apă caldă la extremități. I se dă să bea lichide călduțe.

889. **Căderea cu traumatism cranian.** Dacă un sugar cade de pe masa de înfășat, de pe cîntar sau din pătuț, indiferent dacă apare un hematom (revărsat de sînge sub piele, prin ruperea unor vase) sau are semne de comoție (pierderea cunoștienței, vărsături), va fi dus la medic și i se va face o radiografie craniană. Pe zona unde se constată vînătăi, se pot aplica, fie comprese reci, fie o pungă cu gheață.

890. **Strangularea** prin hamuri, scutece, bretele, feși sau alte mijloace de fixare a sugarului este mai rară acum, căci se folosesc mult mai rar decît altădată. Șnururile lungi de la bonete, cămășuțe sau căciulițe pot să înconjoare gîtul sugarului, producînd o strangulare adevărată, agravată prin eforturile copilului de a scăpa din strînsoare. S-au descris cazuri de strangulări cu sforile de care se agață jucăriile sau prin gratiile defecte ale paturilor sau țarcurilor, prin scutecele sau cearșafurile cu care se leagă sugarii mari ca să nu escaladeze marginile paturilor.

De aceea, sînt interzise hamurile la copii, iar în instituțiile pentru copii, în spitale și în familie se recomandă să se folosească paturi cu margini înalte sau cu somieră deplasabilă.

891. **Sufocarea** prin lenjeria de pat este relativ rară. Acest accident se poate produce dacă sugarul alunecă sub cearșafuri și pătură, cînd se agită în timpul somnului sau dacă se trezește. Copilul se zbate puțin, nu țipă și nu atrage atenția anturajului. Apoi devine cianotic și-și pierde complet conștiența. Cînd copilul supraviețuiește, pot rămîne sechele nervoase importante.

Ca măsură imediată, copilul va fi scos la aer curat, i se va face respirație „gură la gură" și se va chema de urgență salvarea.

Semnalăm, la sugarul mare și copilul mic, posibilitatea sufocării prin pungi de material plastic. O astfel de pungă se mulează pe față, astupă nasul și gura, antrenînd o asfixie rapidă, pe care copilul nu știe să o evite.

892. **Corpii străini** (sîmburi, boabe, bile, nasturi etc.) introduși *în cavitățile naturale* (nas, ureche, vagin, uretră) vor fi extrași *numai* de medicii specialiști. Orice tentativă inoportună a părinților de a scoate corpul străin (de obicei cu instrumente inadecvate), poate înfunda și mai mult obiectul, făcînd uneori imposibilă extragerea prin manevre simple (se impune intervenția chirurgicală!).

893. **Inhalarea de corpi străini,** este o cauză de accident (adesea mortală prin astuparea traheei și sufocare). Corpii străini inhalați pot fi particule alimentare (bomboane, alune, boabe de cereale sau de mazăre, lichid de vărsătură etc.) sau nealimentare (bile din jucăriile sunătoare, mărgele, nasturi, monede, obiecte mici din material plastic). Nocivitatea corpilor străini vegetali este bine cunoscută: ei se umflă în contact cu secrețiile bronșice accentuînd asfixia.

Pătrunderea hranei sau a altor corpi străini pe trahee declanşează o reacţie de tuse brutală, prelungită, cu roşirea feţei, apoi cu învineţirea ei, organismul încercînd să îndepărteze corpii străini.

Sugarii şi copiii mici se îneacă relativ rar în timpul meselor; mai uşor se întîmplă să se înece în timpul vărsăturilor. Sugarii cu tendinţă la vărsături vor fi culcaţi pe burtă, cu capul ceva mai sus decît trunchiul şi înclinaţi puţin pe dreapta. Este periculoasă pătrunderea de alimente sau corpi străini în căile aeriene la prematuri, la care reflexele de apărare sînt încă insuficient dezvoltate; ei se pot îneca şi în timpul somnului. Este necesară internarea copilului, examenul medical atent, examenul radioscopic (pentru localizarea corpului străin radioopac) şi, eventual, bronhoscopie pentru extragerea sa.

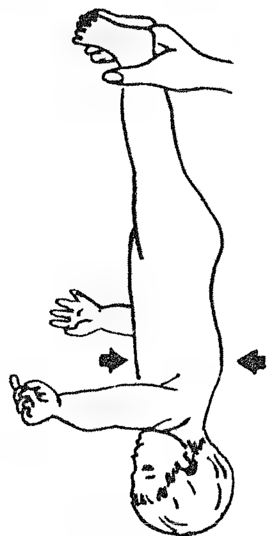


Fig. 186 — Manevra prin care se încearcă eliminarea corpului străin din căile aeriene la copilul mic. Săgeţile indică sensul efectuării compresiunii

Cazurile cele mai grave sînt acelea cînd corpul străin este fixat la nivelul laringelui sau traheei. Moartea prin asfixie este iminentă. Se vor aplica (de multe ori salvator!) următoarele manevre:

— întîi se încearcă îndepărtarea cu degetul arătător a corpului străin din largine. Tusea declanşată prin aceasta poate să favorizeze eliminarea sa.

— *sugarul sau copilul mic* va fi ridicat, suspendat de picioare şi se vor aplica asupra cutiei toracice, la nivelul arcurilor costale mai multe compresiuni puternice (fig. 186). Dacă este vorba de un sugar şi persoana care acordă primul ajutor este singură, va ţine cu o mînă sugarul suspendat de picioare, iar cu cealaltă îl va apăsa de 2—3 ori puternic de propriul său corp. Compresiunea va fi efectuată la nivelul arcului costal (anterior sau posterior).

— *la copilul mai mare sau la adolescent* se va aplica manevra Heimlich (ilustrată în fig. 187). Ajutorul se aşează în spatele copilului asfixiat, îi înconjoară talia cu braţele şi apucă cu mîna dreaptă articulaţia pumnului stîng. Apoi se face mîna stîngă pumn şi se apasă puternic în zona epigastrică (în capul pieptului) a copilului. Presiunea asupra stomacului şi ficatului împinge diafragmul în sus, zonele inferioare pulmonare sînt comprimate, iar aerul astfel împins spre căile respiratorii superioare poate antrena corpul străin.

Manevra Heimlich este foarte eficace, dar chiar în caz de succes e traumatizantă. Bolnavul va fi transportat la medic, cu menţiunea că a fost aplicată această metodă de salvare.

Profilaxia inhalării de lichide în căile aeriene se impune la toţi bolnavii cu convulsii, în comă (intoxicaţii sau de altă cauză), accidentaţi cu hemoragii în regiunea bucofaringiană.

De aceea, transportul acestor cazuri se face într-o poziţie care să evite inhalarea lichidelor (fig. 188). La nevoie se înlătură cu degetul înfăşurat într-o compresă cheagurile de sînge, secreţiile etc., eliberîndu-se în acelaşi timp şi fosele nazale.

894. Intoxicaţiile (otrăvirile) accidentale sînt foarte frecvente la sugar şi copilul mic. Copilul duce şi bagă în gură tot ce se poate apuca.

substanţe de uz casnic (detergenţi, petrol, sodă caustică) sau medicamente care „întîmplător" ajung la îndemîna lui.

În unele cazuri se ajunge la *intoxicaţii medicamentoase în urma unor confuzii:* mama administrează („din fugă", „din greşeală", „pe întuneric", „în timpul nopţii") un medicament care se aplică numai extern (Bromocet,

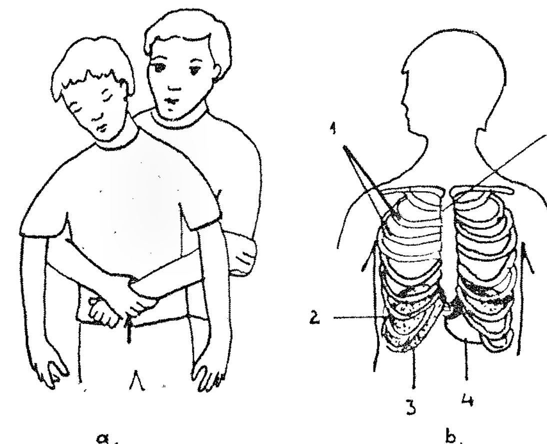


Fig. 187 — a) Manevra Heimlich pentru eliminarea corpului străin din căile aeriene; b) Schema organelor: 1. coastele; 2. diafragmul; 3. ficatul; 4. stomacul; 5. sternul.

soluţii alcoolice) sau care este contraindicat la copii, ca de exemplu unele somnifere (Ciclobarbital), calmante ale tusei, „prafuri" sedative care conţin medicamente toxice pentru sugari etc. Sugarul mai poate fi otrăvit *prin supradozarea* medicamentului, mama nerespectînd cantităţile şi ritmul administrării indicate de către medic (sirop de romergan, poţiuni expectorante sau sedative formulate de către medic).

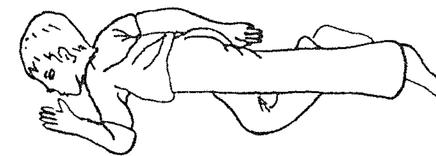


Fig. 188 — Poziţia copilului cu pierderea conştienţei: aşa numita poziţie de decubit lateral stabil.

Cea mai frecventă cauză de otrăvire este determinată de prostul şi răspînditul obicei de a pune la un loc — pe o noptieră, pe bufet sau prin sertare — toate medicamentele. O altă greşeală frecventă constă în aceea că mamele lasă pe noptieră cosmetice (colonie, pudră, deodorante, vopsea de păr etc.).

Încercarea mamei sau a persoanei din neglijenţa căreia a avut loc intoxicaţia de a ascunde restului familiei sau medicului natura şi cantitatea substanţei şi împrejurările în care a survenit otrăvirea, are consecinţe grave.

Primele ajutoare. Cele mai multe intoxicaţii prin înghiţire, se descoperă nu prin simptomele de boală, ci prin constatarea că „toxicul" a dispărut.

Ce fac părinţii? Copilul trebuie să primească multă apă (simplă sau îndulcită) cu condiţia să nu aibă starea de conştienţă pierdută şi să nu fi băut un acid

(oțet) sau bază (sodă caustică). Apoi copilul este așezat de-a curmezișul pe coapsele unei persoane adulte (care stă pe un scaun) și este fixat cu fața în jos, cu capul mai jos decît restul corpului, abdomenul fiind comprimat. Adultul introduce în faringele copilului un deget (învelit într-o batistă curată) sau coada unei linguri, provocînd vărsătura (fig. 189).

Restul de substanță toxică, ambalajele rămase și lichidul de vărsătură vor fi luate neapărat și duse, odată cu copilul, fără întîrziere, la cea mai apropiată instituție sanitară pentru copii; cînd spitalul nu este aproape, copilul va fi dus la dispensarul teritorial, pentru a i se face o spălătură gastrică și pentru a i se administra medicamentele adecvate.



Fig. 189 — Provocarea vărsăturii în caz de intoxicații prin ingestie accidentală.

Reguli de bază pentru părinți (și pentru cadrele medii care sînt consultate telefonic în caz de intoxicație):

— *să se dea copilului să bea lichide;*

— *să nu se dea lapte* (cu excepția ingestiei de acizi)

— *să se declanșeze vărsăturile* (cu excepția ingestiei de petrol, de detergenți, de acizi sau baze tari);

— *să nu se piardă timpul;*

— *să se prezinte medicului restul substanței și ambalajul;*

— *să nu se ascundă adevărul* asupra împrejurărilor în care a survenit otrăvirea.

Dintre remedii, se poate apela în primele 30 minute de la ingestie, la cărbune animal (*Carbo medicinalis*), dizolvat în apă sau sirop, care elimină toxicul prin fecale. De asemenea, administrarea a 2 g sulfat de sodiu pe an de vîrstă, ca purgativ (grăbește evacuarea substanței înghițite). Lichidele date din abundență provoacă diureză, ceea ce grăbește eliminarea toxicului prin urină. Se vor lua măsuri pentru a evita răcirea copilului, care survine adesea în cursul otrăvirilor grave.

895. I n t o x i c a ț i a prin contactul unei **s u b s t a n ț e o t r ă v i t o a r e c u p i e l e a.** Copilul va fi dezbrăcat și spălat cu dușul sau în cădiță, cu apă multă (care se împrospătează mereu). Dacă toxicul este înglobat într-o substanță grasă, spălarea se va face cu apă caldă și multă spumă de săpun. La sugar nu se vor folosi alcoolul, benzina și eterul (substanțe liposolubile) pentru îndepărtarea toxicului, deoarece aceste substanțe volatile pot deveni ele însele toxice, prin inhalare.



Fig. 190 — Spălătura oculară în caz de leziune caustică a ochiului. Bolnavul se culcă pe partea ochiului afectat, capul depășind puțin marginea mesei (sau patului) pentru a se putea ține dedesubt un vas. Spălarea se face cu jet de apă căldută, pleoapele ochiului respectiv fiind menținute depărtate de către un ajutor.

Se administrează copilului ceaiuri călduțe bine îndulcite (favorizează diureza).

896. În caz că **s u b s t a n ț a c h i m i c ă** (substanță acidă, caustică, var, mină de creion chimic) a ajuns **l a o c h i u l c o p i l u l u i,** primul ajutor este de importanță maximă. Se vor deschide larg pleoapele și se va spăla ochiul din abundență, sub jet de apă călduță, turnată cu un ibric (fig. 190).

897. Î n i n t o x i c a ț i a p r i n m e d i c a m e n t e administrate sub formă *injectabilă* (medicamente necorespunzătoare sau supradozate —

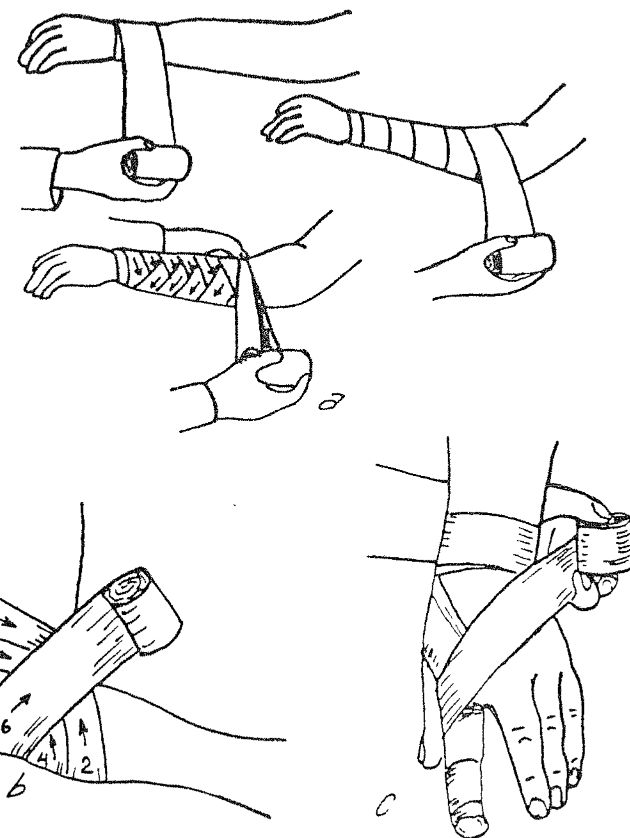


Fig. 191 — Cîteva tipuri de pansamente:
a) pansament la antebraț (în spirală sau în spic); b) pansament la articulația cotului; c) pansamentul unui deget.

fenobarbital, clordelazin etc.) se dă copilului să bea lichide îndulcite. Dacă, înainte de a fi dus la spital, se prezintă la cabinetul dispensarului medical, sora de pediatrie va administra intravenos soluție de glucoză 10—20%.

898. Î n i n t o x i c a ț i i l e p r i n i n h a l a r e (oxid de carbon de la o sobă defectă încălzită cu mangan, gaz metan, fricții cu alcool, atmosferă

de fum de țigară, gaze de eșapament, fum de la un incendiu) copilul va fi scos imediat la aer curat; la nevoie se efectuează respirație „gură la gură" (vezi punctul 906).

899. **P l ă g i l e.** Accidente cu răniri grave se pot întîmpla în casă, mai ales cu obiecte ascuțite (cuțite, furculițe și ace care nu sînt puse la loc ferit), cu jucării necorespunzătoare (vezi punctul 637), precum și în urma

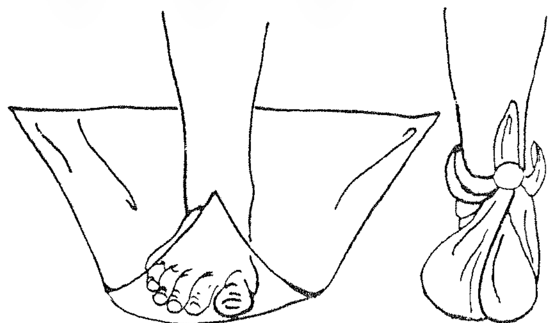


Fig. 192 — Bandajul unui picior cu ajutorul unui triunghi din pînză.



Fig. 193 — Pansament în cazul unei leziuni oculare. Se procedează similar în cazul leziunilor urechii.

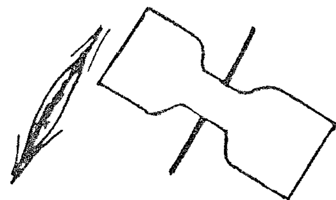


Fig. 194 — În cazul unei plăgi tăiate (nu prea mari) se poate realiza menținerea apropiată a buzelor plăgii cu ajutorul unei benzi de leucoplast, pînă la efectuarea tratamentului chirurgical.

lovirii de colțurile mobilei. La copilul mare sînt frecvente rănirile în excursii, în cursul jocului, prin cădere, lovire sau tăiere din neatenție.

Plaga nu va fi atinsă cu mîinile nespălate sau cu lenjerie murdară. Rănile superficiale se șterg cu alcool iodat, apoi se aplică peste ele o compresă sterilă care se fixează cu o fașă sau cu leucoplast (în lipsa acestora, cu o bandă dintr-o bucată de pînză curată) (vezi fig. 191, 192, 193, 194). Copilul va fi dus apoi la dispensarul policlinic, pentru a se face „toaleta" plăgii de către specialist și profilaxia tetanosului (foarte important!).

900. **H e m o r a g i i l e** pot fi: *capilare* (din vase mici, superficiale, se opresc de regulă de la sine); *arteriale* (prin lezarea unei artere se scurge

sînge de culoare roșu-deschis, ritmat de unda pulsului; duc rapid la pierderi mari de sînge); *venoase* (sîngele de culoare roșu-închis se scurge uniform cu viteză mică).

Primul ajutor trebuie acordat cu calm. Pentru hemoragia arterială se aplică un garou la un lat de palmă mai sus (spre inimă) de plagă. Drept garou se poate folosi o pînză îndoită, aplicată ca o „cravată" și strînsă pînă la sistarea hemoragiei, apoi înnodată (vezi fig. 195). La nevoie se pot folosi bucăți

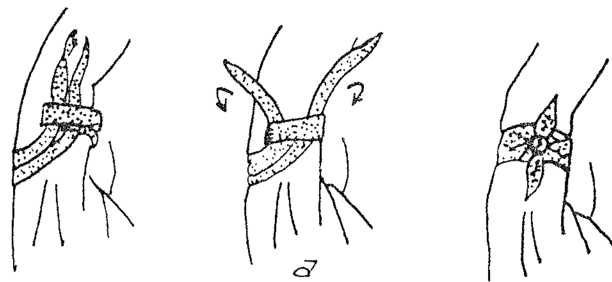


Fig. 195 — Efectuarea hemostazei: a) în hemoragia arterială se aplică un garou; b) în hemoragia capilară sau venoasă pansament compresiv.

de cauciuc de bicicletă, bretele de pantalon, fîșii de fular. Se va nota pe un bilet sau, cu pix, direct pe pielea copilului ora la care s-a aplicat garoul. Acesta trebuie să fie lărgit după $1^1/_2$ oră pentru 1—2 minute, pentru a permite irigarea cu sînge a segmentului ligaturat.

Hemoragiile capilare și venoase pot fi oprite prin simplu pansament compresiv (mai multe bucăți de pansament steril sau pînză curată, fixate cu fașă).

Pentru asigurarea irigației cu sînge a organelor vitale, în orice *hemoragie severă* se recomandă ridicarea în poziție verticală a membrelor inferioare (și eventual înfășurarea lor strînsă, începînd de la picior spre rădăcina mem-

brului). Administrarea de lichide (ceai îndulcit) este necesară în orice hemoragie severă.

901. **Sîngerarea nazală.** Copilul va sta în şezut, cu capul uşor aplecat înainte, iar mama va comprima bine narina din care se scurge sîngele (sîngerările uşoare încetează în cîteva minute). În cazul cînd sîngerarea survine după un traumatism (cădere, lovitură, înţepare), copilul va fi dus la un cabinet medical ORL. Repetarea sîngerărilor nazale necesită consultul medicului specialist, pentru a se constata dacă este vorba de o boală generală sau locală (vezi punctul 828).

902. **Fractura** este denumirea medicală a ruperii unui os. În acest caz, membrul respectiv îşi modifică conturul şi prezintă o mobilitate acolo unde în mod normal ar trebui să fie rigid. În caz că fragmentele osoase străpung pielea (fractură deschisă), diagnosticul este şi mai evident. În principiu, dacă un copil acuză dureri violente pe traiect osos, se va proceda ca şi cum ar fi vorba de o fractură sigură. La copii există un tip de fractură, denumit „în lemn verde", în care osul nu este complet rupt (deci lipseşte mobilitatea anormală), iar conturul osos nu este prea mult modificat. În orice suspiciune de fractură, se va imobiliza segmentul lezat (atelă improvizată, atîrnat de gît etc.). (fig. 193) şi se va transporta de urgenţă copilul la spital.

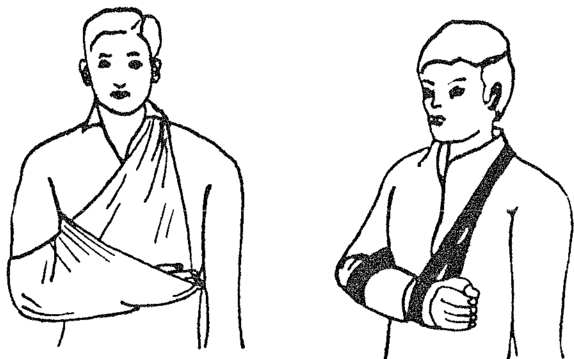


Fig. 196 — Imobilizarea braţului: cu ajutorul unei pînze triunghiulare sau cu ajutorul unei eşarfe.

903. **Entorsele** reprezintă rupturi ale ţesuturilor din jurul articulaţiilor. În *luxaţii*, rupturile sînt atît de mari, încît capetele oaselor părăsesc articulaţia respectivă. De obicei, aceste tipuri de leziuni traumatice *nu* se asociază cu fracturi. Şi în aceste cazuri se remarcă deformarea zonei (doar în jurul articulaţiei), dar nu există mobilitate anormală. Fiindcă durerea este deosebit de mare, se va proceda ca în cazul fracturii.

904. **Înţepăturile veninoase.** Se va extrage întîi acul insectei, apoi se va aplica o compresă cu alcool (sau cu scrum de ţigară); peste compresă se va aşeza o pungă cu gheaţă. În caz de înţepături de păianjeni veninoşi sau scorpioni (uneori, pericol mortal!), se va aplica o pungă cu gheaţă peste înţepătură, iar deasupra zonei de înţepătură se va fixa un garou; copilul va fi transportat *de urgenţă* la spital. La fel se procedează şi în cazul unei *muşcături de şarpe*.

905. **Supraîncălzirea** (şocul caloric, insolaţia). Şocul caloric este un accident frecvent care se produce într-o atmosferă prea caldă. La nou-născut şi sugar, şocul caloric se produce uşor. (Pentru copilul mare vezi şi punctele 695, 696, 697, 703, 704)

a) Cauze: temperatura ridicată a mediului înconjurător, excesul de îmbrăcăminte, aportul insuficient de lichide. Creşterea temperaturii exterioare constituie elementul dominant. Originea căldurii poate fi: solară (copil plimbat în braţe sau cărucior, fără pălăriuţă); lăsarea copiilor în automobile cu geamurile închise, pe o perioadă mai mult sau mai puţin lungă. Chiar dacă maşina staţionează iniţial la umbră, prin rotirea soarelui se poate transforma interiorul ei într-un „cuptor" a cărui temperatură poate depăşi 40° C (este versiunea modernă a şocului caloric!); de la o sobă prea încălzită; dacă patul copilului este aşezat lîngă sursa de căldură.

b) Prevenire. Încă de la prima vizită la nou-născut, asistenta de ocrotire trebuie să convingă pe părinţi că temperatura optimă în camera unde stă copilul este în jur de 20° C. Patul se aşează departe de sursa de căldură (sobă, calorifer).

La copilul febril, indiferent de originea febrei, se va creşte raţia de apă, copilul va fi îmbrăcat mai uşor şi nu se vor folosi sticle cu apă caldă. În anotimpul cald, în excursii, la mare cînd copilul este expus mult la soare, va fi îmbrăcat uşor, cu pălăriuţă pe cap şi va bea lichide multe (vezi punctul 697).

c) Cum se recunoaşte. La început, următoarele manifestări pot atrage atenţia: temperatura se ridică la 39—40° C; copilul refuză sau primeşte foarte puţină mîncare; pielea este roşie, congestionată, caldă şi acoperită de sudoare; devine agitat, plînge, ţipă, se mişcă neîncetat (ceea ce favorizează creşterea temperaturii); setea este intensă: nou-născutul sau sugarul execută mişcări de supt ori de cîte ori i se apropie un obiect de buze.

În acest stadiu, un tratament simplu este suficient pentru a face să dispară toate tulburările (sustragerea de la sursa de căldură, dezbrăcarea şi aportul de lichide).

În absenţa tratamentului, tabloul clinic se agravează: apar semne de deshidratare ca: uscăciunea limbii, ochii se înfundă în orbite, fontanela se deprimă. Dacă se prinde pielea între două degete, cuta provocată persistă. Se adaugă tulburări ale conştienţei, îndeosebi crize convulsive; faţa devine cenuşie, cianotică; febra persistă.

În stadiul al treilea apar semne preagonice: hipotermie, paloare şi răcirea extremităţilor, comă.

Aceste stadii se succed foarte repede, cu atît mai rapid cu cît copilul este mai mic.

d) Tratament. În stadiul iniţial:

— copilul va fi transportat într-o cameră răcoroasă, bine ventilată, pentru a-l sustrage acţiunii căldurii;

— va fi complet dezbrăcat şi introdus într-o baie cu temperatura apei mai joasă cu 2° C decît cea a corpului său, măsurată rectal, apoi baia se va răci progresiv (o altă metodă constă în a înveli copilul cu un prosop înmuiat în apă rece);

— dacă este treaz, i se va da să bea, ghidîndu-se după setea copilului; dacă primeşte, se poate da, pe lîngă ceai şi apă uşor sărată (2—3 g de sare la un litru de apă).

— se va administra aspirină sau un supozitor de paracetamol.

În faza de deshidratare, tratamentul de urgenţă trebuie efectuat numai în spital.

906. Reanimarea cardio-respiratorie este necesară de urgență ori de cîte ori funcția inimii și respirația sînt grav afectate. Primul ajutor trebuie acordat în decurs de cîteva minute. O privire rapidă asupra victimei va stabili: *dacă respirația s-a oprit complet, dacă mai sînt prezente respirații rare, suspinoase și dacă bătăile inimii mai sînt prezente.* În funcție de acestea se vor adapta procedeele de reanimare.

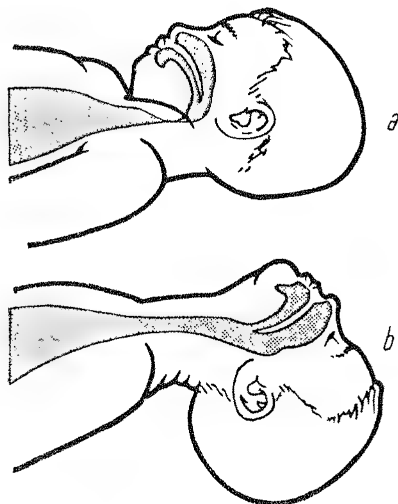


Fig. 197 — Poziția capului victimei, în care se asigură permeabilitatea căilor aeriene (b).



Fig. 198 — Respirația gură la gură.

a) Respirația gură la nas. Se eliberează căile aeriene de mucozități, sînge, lichid de vărsătură sau alți corpi străini (în caz de înec se lasă să se scurgă apa ținînd capul victimei în jos!). Se așează copilul în decubit dorsal, pe un plan dur, perfect orizontal cu capul flectat pe spate (fig. 197). Reanimatorul se așază lateral, cu o mînă ține bărbia astfel ca gura copilului să fie închisă (împiedică alunecarea înapoi a limbii); cu cealaltă mînă, aplicată pe creștetul capului, menține flexia capului. Apoi aplică etanș buzele în jurul nasului victimei și insuflă propriul aer expirator sub presiune moderată (cutia toracică a victimei se ridică). Se îndepărtează apoi, iar aerul insuflat se evacuează spontan (cutia toracică coboară).

b) Respirația gură la gură: aceeași tehnică, dar insuflarea aerului se face pe gura victimei, ținîndu-se nasul pensat (fig. 198). La sugar și copilul mic se pot cuprinde concomitent și gura și nasul victimei.

Frecvența insuflărilor: pentru școlar (și adult) 20 pe minut; pentru copilul mic 30 pe minut; pentru sugar 35 pe minut.

c) Masajul cardiac extern se practică în cazul opririi bătăilor cardiace sau absenței pulsului. Reanimatorul se așează lateral de victimă (care e culcată pe un plan dur, cu capul întors lateral) și efectuează compresiuni ritmice asupra peretelui anterior toracic (în treimea inferioară a sternului) spre coloana vertebrală, în scopul comprimării inimii din care se evacuează sîngele în aortă. Cînd compresiunea încetează, inima se umple din nou cu sînge, etc. *La sugar* este recomandată tehnica bidigitală (fig. 199). Frecvența compresiunilor este de 120 pe minut; *la copilul mic* se practică masajul cardiac cu o singură mînă, cu o frecvență de 90 pe minut; *la copilul mare și adult* se folosește tehnica bimanuală. Ambele mîini, suprapuse, execută compresiuni ritmice, mai puternice, în treimea inferioară a sternului cu un ritm de 60 pe minut. (fig. 200).



Fig. 199 — Masajul cardiac extern: tehnica bidigitală.

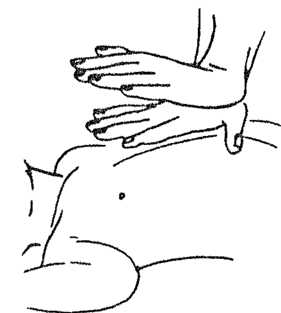


Fig. 200 — Tehnica masajului cardiac extern bimanual.

d) Reanimarea asociată cardio-respiratorie îmbină ambele metode. Dacă reanimatorul este singur, execută întîi 6 insuflații, apoi 15 compresiuni toracice. Dacă are un ajutor, se practică concomitent cele două tehnici, adecvat vîrstei copilului.

O măsură ajutătoare este ridicarea în poziție verticală a membrelor inferioare ale victimei, pentru a se asigura o cantitate mai mare de sînge circulant pentru organele vitale (în special pentru irigarea creierului, care suferă cel mai mult de pe urma lipsei de sînge oxigenat).

Durata manevrelor de resuscitare. În caz că nu se constată eficiența acestor măsuri, ele vor fi continuate *pînă la venirea medicului sau cel puțin 60 de minute! În caz de eficiență — pînă cînd pielea victimei se colorează în roz, pupilele se micșorează și mișcările respiratorii se fac spontan.*

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. BÎRSĂNESCU ȘTEFAN — Dicționar de pedagogie contemporană, Editura Enciclopedică română, București, 1969.
2. DEBRAY—RITZEN P. — La sexualité, infantile, Ed. Favre, Lausanne, 1982.
3. DIETZ KLAUS — Kinderwunsch, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1982.
4. DROESE W., HELGA STOLLEY — Die Ernährung des Kleinkindes und des Schulkindes, Kinderarzt, 7, 1978, 933—939; *8*, 1978, 1049—1953; *9*, 1978, 1979—1985.
5. ENGELMANN S., ENGELMANN THÉRÈSE — Comment donner à vos enfants une intelligence supérieure, Edit. Marabout, Verviers, 1978.
6. FLEHMING INGE — Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen, Edit. Thieme, Stuttgart, 1979.
7. GEORMĂNEANU M. — Pediatrie, Edit. Didactică și Pedagogică, București, 1983.
8. HELLBRÜGGE TH. — Das sollten Eltern heute wissen, Edit. Kindler, München, 1981.
9. HERTL M., HERTL RENATE — Das kranke Kind, Edit. Thieme Stuttgart, 1981.
10. HOFMEIER K și colab. — Alles über dein Kind, Edit. Gieseking, Bielefeld, 1979.
11. ILLINGWORTH S.R. — The normal Child, Sixth Edition, Edit. Churchill-Livingston, London, 1977.
12. JOLLY H. — Book of Child Care, Edit. Sphere, London, 1979.
13. LEACH PENELOPE — Die ersten Jahre deines Kindes, Edit. Hallwag, Bern, 1977.
14. MAIORESCU M. și colab. — Tendințe moderne în pediatrie, Edit. Medicală, București, 1982.
15. MOZZICONACCI P., DOUMIC-GIRARD ALICE — Notre enfant, Edit. Grasset, Paris, 1974.
16. PATZER H. și colab. — Pädiatrie, Edit. VEB Volk und Gesundheit, Berlin, 1981.
17. POPESCU V., ARION C. — Malnutriția sugarului și copilului mic, Edit. Medicală, București, 1981.
18. PRIȘCU R. — Îngrijirea și creșterea sugarului, Edit. Medicală, București, 1969.
19. RICMAN MARIA, TEODORU OLIMPIA — Poftă bună copii, Edit. Medicală, București, 1980.
20. ROUX CH. — L'hérèdite, Edit. Casterman, Paris, 1974.
21. ȘCHIOPU URSULA — Psihologia copilului, Edit. Didactică și Pedagogică, București, 1967.
22. SPOCK B. — Comment soigner et eduquer l'enfant, Edit. Paramount, Liége, 1979.
23. TRIFAN N. — Pediatrie preventivă, Edit. Medicală, București, 1981.
24. ȚURCANU L. și colab. — Ghid terapeutic în pediatrie, Edit. Facla, Timișoara, 1981.
25. VASILIU G., IOAN VIRGINIA — Sfaturile medicului de copii Edit. Medicală, București, 1967.
26. WELLER S., NEUREUTHER G. — Notfälle in den Bergen, Edit. Thieme, Stuttgart, 1972.
27. WELLER S. și colab. — Erste Hilfe 5. Aufl. Edit. Thieme, Stuttgart, 1978.
28. WISKOTT A., BETKE K., KÜNZER W. — Lehrbuch der Kinderheilkunde. 4. Auflage, Edit. Thieme, Stuttgart, 1977.
29. L'enfant et l'adolescent dans la société — Rapport OMS, Copenhaga, 1979.
30. Guidelines on Infant Nutrition. I Recommendations for the Composition of an Adapted Formula. ESPGAN Commitee on Nutrition 1977 — Acta Paediatrica Scandinavica — Supplement 262, 1977, Stockholm.
31. Guidelines on Infant Nutrition. II. Recommendations for the Composition of Follow-up Formula and Beikost. ESPGAN Comitee on Nutrition, 1981 — Acta Paediatrica Scandinavica — Supplement 287, Stockholm.
32. Guidelines on Infant Nutrition III. Reccomandations for Infant Feeding. ESPGAN Commitee on Nutrition. Acta Paediatrica Scandinavica — Supplement 302 — 1982, Stockholm.

INDICE ALFABETIC*

* Notă: indicele alfabetic face trimiteri la numerele alineatelor și/sau problemelor tratate, *nu la pagini*, cum se practică în mod obișnuit.

B

C

D

E

F

G

O

P

R

S

Ș

T

Ț

U

V

Z